



Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée

ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée

ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

Direction des risques biologiques,
environnementaux et occupationnels

Direction des systèmes de soins et
politiques publiques

Juin 2009

AUTEURS

Lina Noël, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

François Gagnon, Direction des systèmes de soins et politiques publiques
Institut national de santé publique du Québec

Amélie Bédard, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Ève Dubé, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Lina Noël, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Richard Cloutier, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carole Morissette, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Anne Maheu, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

ÉVALUATEURS EXTERNES

Lise Archibald, Centre de réadaptation Ubald Villeneuve, Québec

Suzanne Brissette, Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal -
Hôpital St-Luc, Montréal

Serge Brochu, Forum international des universités publiques, professeur titulaire, École de criminologie,
Université de Montréal

Hélène Gagnon, Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du
Québec

Line Grenier, Département de communication, Université de Montréal

Louis Letellier de St-Just, avocat spécialisé en droit de la santé, Montréal

SECRÉTARIAT

Isabelle Petillot, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Marie-France Richard, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-56603-8 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-56604-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cet avis soit par la relecture du manuscrit, soit par la transmission de documents pertinents, parfois non disponibles dans les filières de publication, soit par un accueil chaleureux et une réponse à nos nombreuses questions. Nous tenons à remercier les personnes suivantes.

Jonathan Busca, Tox-In (Abrigado), Luxembourg

Maude Chapados, Institut national de santé publique du Québec

Amélie Dugué, Institut national de santé publique du Québec

Thomas Kerr, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver

Raymond Parent, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Savard, Institut national de santé publique du Québec

Dan Small, Département de médecine (UCB), Portland Hotel Society Community Services Inc., Vancouver

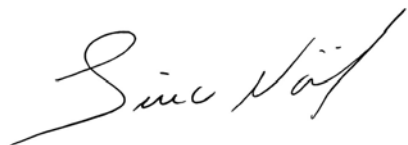
Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec

Jürgen Weimer, Stadt Frankfurt, Frankfurt

Evan Wood, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver

AVANT-PROPOS

Le service d'injection supervisée est une mesure de santé publique visant à réduire les méfaits reliés à l'usage inapproprié de drogues par injection. Dans les pays où ils ont été implantés, ces services font partie d'une stratégie globale pour assurer la prise en charge des personnes aux prises avec un problème de dépendance ayant des répercussions sur l'individu et sur la collectivité. Les réticences entourant l'offre de ce service persistent et reposent, le plus souvent, sur un jugement moral envers les personnes qui font usage de drogues. Comme cette activité est inscrite dans le Programme national de santé publique et qu'elle tarde à s'implanter, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a voulu apporter un avis scientifique sur la question en proposant un tour d'horizon sur les principaux aspects entourant la mise en œuvre de ces services à partir des expériences menées ailleurs dans le monde et des données issues de la littérature scientifique sur les effets des services d'injection supervisée. Cet avis a pour but de soutenir la prise de décision des autorités gouvernementales. Il s'adresse aussi aux professionnels et intervenants concernés par cette question ainsi qu'à la population en générale, incluant les personnes faisant usage de drogues par injection. Il devrait permettre de mieux comprendre la portée et les implications de cette mesure de santé publique qui repose sur des valeurs éthiques de protection de la population et des individus contre les méfaits causés par l'usage inapproprié de drogues.



Lina Noël



Marc Dionne

SOMMAIRE

Contexte de l'avis – Envisagés depuis plusieurs années, les services d'injection supervisée (SIS) ont été formellement inscrits au Programme national de santé publique du Québec (PNSP) en 2008. Bien que plusieurs autres objectifs soient visés par la mise en place de cette mesure, elle s'ajoute plus spécifiquement à celles proposées pour lutter contre les épidémies de VIH et de VHC chez les personnes faisant usage de drogues par injection (UDI). Certaines questions ayant été soulevées entourant les résultats des études portant sur les effets des SIS, l'INSPQ a pris l'initiative de procéder à une analyse critique des recherches effectuées. Le groupe de travail a bénéficié de la collaboration de membres du Service de lutte aux ITSS, des directions de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale. Le document a aussi été soumis à des experts externes dont la liste apparaît à la page des auteurs.

Objectifs de l'avis – L'avis a pour objectif d'évaluer la pertinence de mettre en place des services d'injection supervisée au Québec. Il est fondé sur une analyse critique des recherches scientifiques réalisées à ce jour à propos de leurs effets et sur une revue de la littérature concernant les enjeux éthiques et juridiques ainsi que l'acceptabilité et les aspects opérationnels relatifs aux SIS.

Enjeux éthiques – Devant l'impossibilité à prévenir de nombreux problèmes de santé via les approches traditionnelles (prohibition, traitement), l'approche de réduction des méfaits dans laquelle s'inscrivent les SIS vise à diminuer les torts causés par la consommation de drogues en s'appuyant sur la tolérance de la population et des professionnels envers des comportements jugés socialement déviants. La réduction des méfaits respecte le principe éthique de non-malfaisance. En effet, et comme la revue de littérature le laisse voir, les SIS sont une des mesures qui modifient les conditions particulièrement risquées dans lesquelles se déroule l'injection de drogues et, à cet égard, respecte les enjeux éthiques de santé publique.

Acceptabilité des SIS – L'implantation des services d'injection supervisée dans d'autres pays ne s'est pas toujours fait sans susciter certaines appréhensions chez divers corps professionnels, groupes de marchands, résidants et travailleurs des secteurs immédiats, et même chez certaines personnes faisant usage de drogues par injection (qui craignaient que ces mesures deviennent des outils de contrôle accru sur elles). Par contre, il est notable que les craintes face à ces services semblent s'être atténuées avec le temps dans la plupart des villes où ils ont été implantés. Les usagers semblent s'être appropriés les services et apprécier le contexte sécuritaire qu'ils offrent. Les résidants et commerçants des secteurs limitrophes apprécient être moins confrontés à la scène de personnes s'injectant dans leur milieu de vie et de travail. Des groupes de professionnels dont des médecins, les infirmières, des intervenants en toxicomanie et prévention du VIH et des hépatites, ainsi que des corps policiers les voient de moins en moins comme contradictoires à leurs mandats.

Enjeux légaux – Les conventions internationales sur les drogues n'interdisent pas la mise en œuvre de SIS. Par ailleurs, ces conventions sont assujetties au droit interne des pays signataires, ce qui a son importance au vu de la jurisprudence eu égard aux SIS au Canada,

car celle-ci implique les droits à la vie, la sécurité et la liberté de la personne qui sont protégés par la Charte canadienne des droits et libertés (ci-après la Charte).

Au Canada, l'application de la loi en matière de SIS est variable. En effet, deux services d'injection supervisée opèrent présentement à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les deux reçoivent le soutien financier de l'agence régionale de santé, mais l'application de la LCDAS à leurs égards respectifs est différente. Le SIS de la clinique médicale Dr Peter Center fonctionne depuis 2002 sans autorisation légale et n'est pas inquiété par les agents d'application de la loi. Pour ce qui est de Insite, des recours légaux ont été entrepris pour s'assurer que l'opération du service ne soit pas interrompue par la fin de l'exemption accordée en vertu de l'article 56 de la LCDAS. Ces recours ont résulté en juin 2008 en une abolition de la nécessité d'obtenir cette exemption. La Cour suprême de la Colombie-Britannique a jugé que les articles de Loi, pour lesquelles l'obtention d'une exemption était nécessaire, enfreignaient le droit à la vie, à la sécurité et à la liberté de la personne protégés par la Charte et les a déclarés inconstitutionnels. Le gouvernement fédéral a porté cette décision en appel devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. Le jugement doit être rendu au plus tard en juillet 2009.

Tenant compte du contexte légal décrit, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pourrait décider d'aller de l'avant dans sa volonté d'implanter les activités sur les services d'injection supervisée inscrites dans le PNSP. Sur le plan légal, la situation des SIS est analogue à celle des programmes d'échange de seringues, implantés il y a une vingtaine d'années au Québec. En effet, et comme cela a été le cas pour la mise en place du SIS du Dr Peter Center de Vancouver, les autorités de santé publique du Québec n'ont jamais obtenu d'exemption légale pour mettre en place les programmes d'échange de seringues même si, techniquement, une telle exemption aurait pu être considérée.

Par ailleurs, la jurisprudence canadienne établie jusqu'à maintenant a conclu qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir une exemption en vertu de l'article 56 de la LCDAS pour opérer un SIS. Les articles de loi interdisant la possession et le trafic ont été jugés contraires aux droits à la vie et à la sécurité garantis par la Charte. Aussi, il n'y a pas de raison apparente pour que la situation d'un SIS au Québec soit différente de celle d'un SIS situé en Colombie-Britannique. À cet égard, le jugement qui sera rendu sous peu par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique devrait être suivi attentivement. Ce suivi est d'autant plus important que le jugement légal portera également sur la question des compétences provinciales en matière de soins et services de santé.

Analyse des effets des SIS – Les résultats des évaluations scientifiques portant sur les effets de ces services sur la santé des usagers (ou sur certains marqueurs intermédiaires) ou sur l'ordre public montrent qu'ils sont soit positifs, soit neutres. Les recherches sur les SIS portent sur cinq objectifs, soit :

- 1) Rejoindre les populations vulnérables – Les évaluations ont montré que les services rejoignent bien les populations le plus à risque de morbidité et de mortalité et leur permettent d'obtenir des services de santé primaires (dépistage des ITSS, vaccination et traitement des infections) et des références à d'autres services de santé (traitement de la dépendance) qu'ils n'obtenaient pas auparavant.

- 2) Réduire la mortalité par surdoses – Les recherches ont montré qu'aucune surdose mortelle n'est survenue dans les services d'injection supervisée. De plus, la prise en charge des personnes en situation de surdose ou de convulsion directement au SIS réduit la pression sur les services d'urgence des hôpitaux.
- 3) Réduire les risques de santé – Les recherches laissent voir que les SIS réduisent les risques de santé liés à l'utilisation de drogues par injection. La création d'environnements sécuritaires pour l'injection favorise celle-ci dans de meilleures conditions hygiéniques. L'enseignement sur les pratiques d'injection favorise l'adoption de comportements sécuritaires et ces changements semblent se prolonger dans la communauté.
- 4) Réduire les nuisances dans les lieux publics – Les évaluations scientifiques récentes sur les SIS ont montré qu'il n'y avait pas eu d'effets négatifs sur l'ordre public. Les études ne montrent pas d'accroissement de la criminalité dans les environs des services ni de déplacement des patrons de criminalité dans les villes. Ces études ont aussi montré que la présence de SIS n'a pas eu pour conséquence d'augmenter le volume de matériel d'injection rejeté dans les environs des services, mais plutôt de diminuer l'injection en public et les rebuts laissés dans les espaces urbains.
- 5) Stabiliser l'état de santé des personnes UDI – Les recherches ont aussi montré que les SIS permettent de stabiliser l'état de santé des personnes par une prise en charge des nombreux problèmes de santé. Dans bon nombre de SIS, les utilisateurs ont accès à des services de santé (vaccination contre les hépatites A et B, dépistage des infections transmises sexuellement, du VIH et du VHC, soins primaires) et à des services de traitement de la dépendance ou à de la référence vers ces services. Les études montrent aussi que les SIS favorisent l'entrée en désintoxication.

La validité et la fiabilité des études scientifiques sur les effets des SIS – La validité et la fiabilité des études scientifiques sur les effets des SIS sont considérées satisfaisantes. Autrement dit, il appert que les effets neutres ou positifs mesurés jusqu'à maintenant sont scientifiquement valides et fiables. Les recherches en cours ou à venir sur les SIS devraient permettre de voir comment les effets à court terme objectivés jusqu'à maintenant évoluent dans le temps.

Pour accroître la validité et la fiabilité des recherches sur les effets des SIS, il serait par ailleurs intéressant que de futures évaluations prennent pour objet les effets des SIS dans leurs interactions avec les autres services de réduction des méfaits offerts simultanément ou avec les autres politiques publiques qui peuvent influencer les indicateurs de l'ordre public ou de la santé publique. Le développement d'une offre de services plus étendue et d'un programme de recherche à leurs propos permettrait de saisir les effets des SIS à une échelle populationnelle.

Analyse des coûts des SIS – Les analyses coûts/efficacité et coût-bénéfice réalisées à Vancouver et Sydney montrent des avantages à l'implantation de tels services. Même en utilisant des modèles conservateurs, les analyses laissent voir des gains financiers à l'implantation de ces services puisqu'ils réduisent le fardeau financier de la maladie et les pressions sur le système de soins, plus particulièrement sur les urgences qui sont la porte

d'entrée pour les surdoses, les troubles psychiques et des infections sévères liées à l'usage de drogues.

Conclusions – Il convient d'être raisonnable dans les attentes manifestées à l'égard de ces services. L'on ne peut s'attendre à ce qu'ils constituent une réponse à tous les problèmes de santé et d'ordre public liés à l'injection et à la consommation de drogues. Les services d'injection supervisée présentent néanmoins plusieurs bénéfices pour la santé des personnes UDI, et à court terme dans bon nombre de cas. Ils constituent des réponses pragmatiques, humanistes et innovatrices face à certains problèmes auxquels les approches traditionnelles (prohibition, traitement) et même les services de réduction des méfaits actuels n'ont pas fourni de solutions. De plus, aucun effet négatif sur la santé n'a été documenté dans les recherches scientifiques menées à ce jour. Pour le Québec, les gains financiers associés à cette mesure seraient d'autant plus importants que les SIS permettent de canaliser des clientèles qui consultent souvent à répétition dans les urgences. Ces services ont aussi la capacité d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services aux clientèles vulnérables en mobilisant peu de ressources du réseau de la santé et en comptant sur la collaboration des organismes communautaires en prévention auprès des usagers de drogues par injection.

Recommandations – Le groupe de travail émet une série de recommandations qui prônent une ouverture à l'égard des groupes qui souhaitent offrir ce service aux personnes qui font usage de drogues par injection à qui ils offrent déjà certains services sociaux et de santé.

Enjeux d'organisation des services

Nous recommandons que des services d'injection supervisée soient accessibles dans des organismes communautaires dédiés à la prévention auprès des personnes faisant usage de drogues par injection ou dans des établissements du réseau de la santé.

Nous recommandons qu'une procédure d'inscription des usagers des services d'injection supervisée soit développée dans le respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels en tout temps.

Enjeux d'ordre public

Nous recommandons que les autorités policières et autres autorités publiques des agglomérations de Québec et de Montréal ou toute autre ville concernée par l'implantation d'un SIS soient d'emblée impliquées dans la planification et la mise en œuvre des services d'injection supervisée.

Nous recommandons la création de comités multipartites (sécurité publique, municipalité, citoyen, santé publique, marchands et autres si nécessaire) pour favoriser le maintien d'environnements favorables à la prévention dans les secteurs où s'implanteront des SIS.

Nous recommandons que les agences régionales de santé et des services sociaux s'assurent d'offrir des services de réduction des méfaits dans l'ensemble de leurs territoires respectifs.

Enjeux légaux

Nous recommandons que le MSSS encourage les organisations souhaitant mettre en œuvre un SIS à rechercher le soutien des autorités municipales, des services policiers et des autorités de santé publique des villes concernées, afin de les mettre en opération le plus rapidement possible.

En l'absence de soutien de la part des services policiers, nous recommandons que le MSSS envisage la possibilité de participer à des demandes d'injonctions légales avec les organisations maître d'œuvre pour opérer les services en se fondant sur la jurisprudence établie dans le cas de Insite, à Vancouver.

Nous recommandons que le MSSS appuie les demandes d'exemption à l'article 56 de la LCDAS des organisations maître d'œuvre si ces demandes sont jugées nécessaires par les organisations concernées, et qu'il incite ces organisations à faire ces demandes en les justifiant sur la base de raisons d'ordre médical et d'intérêt public (et non de projet de recherche).

Évaluation – Recherche

Nous recommandons le développement d'un cadre de référence pour la surveillance et l'évaluation des SIS. Ce dernier devrait s'inscrire dans l'axe 4 du plan d'action interministériel en toxicomanie^[1], s'inspirer des lignes directrices internationales pour l'évaluation des services en dépendance^[2] et des indicateurs du Tableau 2 du présent document, afin de favoriser une intégration de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'amélioration de ces services.

Par ailleurs, même si la mise en œuvre des services d'injection supervisée ne devrait pas reposer sur des raisons d'ordre scientifique, mais plutôt sur des raisons d'ordre médical, nous recommandons de promouvoir des recherches visant à documenter le contexte particulier du Québec où les SIS seront dédiés à la supervision de personnes faisant principalement usage de cocaïne.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	XV
1 INTRODUCTION.....	1
2 LA RÉDUCTION DES MÉFAITS	3
2.1 Définition.....	3
2.2 Aspects éthiques de la réduction des méfaits	5
3 LES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE : UNE FAÇON DE RÉDUIRE LES MÉFAITS.....	7
3.1 Les objectifs visés par les SIS	7
3.2 Acceptabilité des services d'injection supervisée	10
3.2.1 Pour les citoyens et les professionnels de la santé	10
3.2.2 Pour les usagers des services d'injection supervisée.....	11
3.2.3 Les effets non prévus sur les individus et les collectivités	11
3.3 Enjeux légaux entourant la mise en place d'un SIS	11
3.3.1 Les SIS et les conventions internationales sur les drogues.....	12
3.3.2 L'application de la loi au Canada et les démarches légales de Insite.....	13
3.4 L'implantation des SIS	17
3.4.1 Les SIS dans le monde	17
3.4.2 Les SIS au Canada	19
3.4.3 Les SIS au Québec.....	19
4 ANALYSE CRITIQUE DES RECHERCHES ÉVALUATIVES SUR LES EFFETS DES SIS	21
4.1 Méthodologies	21
4.1.1 Revue systématique de la littérature sur les effets des SIS.....	21
4.1.2 La recension des écrits	22
4.1.3 Principes et critères d'évaluation de la qualité scientifique des études sur les effets des SIS	23
4.2 Principaux résultats des évaluations	24
4.2.1 Rejoindre les populations visées.....	25
4.2.2 Diminuer la mortalité et la morbidité liées aux surdoses.....	26
4.2.3 Réduire les risques de santé associés aux pratiques d'injection	28
4.2.4 Minimiser les nuisances associées à l'injection dans les lieux publics.....	31
4.2.5 Stabiliser l'état de santé des personnes faisant usage de drogues par injection.....	33

4.3	Validité et fiabilité des études scientifiques sur les effets des SIS	36
4.3.1	Isoler les effets des SIS des autres services de réduction des méfaits	37
4.3.2	Saisir les effets de phénomènes et processus « étrangers » aux SIS et aux continuums de services de réduction des méfaits desquels ils font partie	38
4.3.3	Évaluer des effets à court, moyen et long termes.....	39
4.3.4	Saisir les effets populationnels de services d'ampleurs limitées	40
5	ANALYSES DES COÛTS DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE	41
5.1	L'analyse coûts-bénéfices du SIS de Sydney	41
5.2	L'analyse coûts/efficacité du SIS de Vancouver	41
5.3	Que conclure de ces études?.....	42
5.4	Analyse sommaire des ressources et des infrastructures pour les SIS au Québec.....	43
6	CONCLUSIONS.....	45
7	RECOMMANDATIONS	47
8	RÉFÉRENCES.....	49
ANNEXE 1	TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES PORTANT SUR L'ÉVALUATION DES SIS	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	L'approche de réduction des méfaits dans une politique des quatre piliers tel que proposé par l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération suisse	4
Tableau 2	Les objectifs d'un service d'injection supervisée, les moyens mis en œuvre pour les atteindre et les indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte	8
Tableau 3	Synthèse des articles sur l'évaluation des SIS publiée entre 2003 et 2008, par année de publication, par auteurs et selon les caractéristiques et les variables des études sur les effets des SIS.	63

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADDICQ	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec
CLSC	Centre local de santé communautaire
DRBEO	Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
DSSPP	Direction des systèmes de soins et politiques publiques
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MSIC	Medically Supervised Injecting Centre (Sydney)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PNSP	Programme national de santé publique
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues
SDF	Sans domicile fixe
SEOSI	<i>Scientific Evaluation of Supervised Injection</i>
SIS	Service d'injection supervisée
SLITSS	Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
UDI	Usage de drogues par injection ou utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIDUS	<i>Vancouver Injection Drug User Study</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

Au Québec, la situation des personnes faisant usage de drogues par injection (UDI) constitue un enjeu majeur de santé publique en raison, entre autres, des infections qui se transmettent par le sang, mais aussi par l'importance des problèmes sociaux et de santé vécus par une population vulnérable qui n'a pas accès aux services de santé^[3] ou qui ne consulte pas ou peu dans les services du réseau de la santé. L'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et l'infection au virus de l'hépatite C (VHC)^[4] s'ajoutent aux problèmes de santé physique et mentale et à la morbidité liée aux surdoses chez les personnes UDI. Parmi les cas d'hépatite C diagnostiqués au Québec, 7 sur 10 sont associés à l'usage de drogues par injection^[5]. L'exclusion et la marginalité engendrées par la dépendance aux produits psychotropes se traduisent par une plus grande exposition aux risques infectieux de tout genre, à la mortalité et à la morbidité liées aux surdoses.

Les personnes qui n'ont pas d'endroit sécuritaire pour s'injecter le font dans des lieux publics et parfois dans des endroits insalubres. Dans le réseau québécois de surveillance des infections au VIH et au VHC chez les personnes UDI, 25 % des répondants indiquent s'être injecté dans des lieux publics dont 12 % d'entre eux qui indiquent la rue comme lieu d'injection^[4]. Les risques de décès par surdoses et les risques de transmission des infections sont plus importants dans ces conditions et des solutions doivent être envisagées par les autorités de santé publique en vue de réduire ces risques et de favoriser un meilleur état de santé au sein de cette population. À cet égard, les programmes de réduction des méfaits, soutenus par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et implantés dans de nombreux pays, s'avèrent une réponse adéquate à la situation.

Au Québec, la majorité des volets de la stratégie de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues par injection comme les programmes d'accès au matériel d'injection, les services de proximité « outreach » et les traitements de substitution pour la dépendance aux opioïdes sont implantés à divers degrés. Tout récemment, des régions proactives dans le dossier de l'usage de drogues par injection ont mobilisé des intervenants du réseau de la santé et des organismes communautaires dans des projets d'intégration de services pour la prise en charge des personnes UDI. Ces projets favorisent l'accès à des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), à des soins de santé pour le traitement d'infections et de plaies ainsi qu'à des services d'évaluation pour le traitement de la dépendance directement dans les programmes d'accès au matériel d'injection. Dans ces régions, l'activité « service d'injection supervisée pour les utilisateurs de drogues » inscrite dans la mise à jour du Programme national de santé publique^[6] et dans la Stratégie québécoise de lutte aux ITSS^[7] par les autorités de santé publique s'avérait un ajout significatif pour améliorer la prestation de services aux personnes UDI. Cet activité permet de transmettre de l'information sur l'injection sécuritaire, de s'injecter avec du matériel stérile, de ne pas s'injecter dans la rue ou dans des endroits non sécuritaires, d'avoir accès à des soins infirmiers en cas de surdoses et de se rapprocher des services de santé dans la perspective d'une demande de traitement des infections et de référence vers les services en traitement de la dépendance.

Les mesures de réduction des méfaits ont fait l'objet d'évaluations dont les résultats ont été publiés. Les programmes d'accès au matériel d'injection se sont avérés efficaces pour la prévention des infections au VIH et au VHC chez les personnes faisant usage de drogues par injection^[8-10] et des analyses économiques montrent qu'ils permettent de limiter les coûts de santé liés au traitement du VIH chez les personnes infectées^[10,11]. Les services d'injection supervisée (SIS) constituent une mesure additionnelle pour limiter la transmission des infections, mais elle est aussi envisagée comme intervention permettant de rejoindre les personnes les plus désorganisées en leur permettant d'accéder à des services de santé. Cette activité de réduction des méfaits, implantée en Europe depuis le début des années 1980, a été mise en place au Canada et en Australie au début des années 2000 et a déjà fait l'objet d'évaluation.

L'évolution des connaissances sur les effets des services d'injection supervisée se fait rapidement. Depuis les premières recherches entourant l'implantation des SIS européens, de nombreuses études ont été publiées dont celles des équipes canadienne et australienne au cours des dernières années. Devant l'imposante documentation et les questionnements soulevés par l'adoption de cette mesure, l'Institut national de santé publique du Québec propose une recension des connaissances et une analyse critique des données provenant de la littérature entourant les effets des SIS.

Pour la réalisation de ce mandat, l'INSPQ a réuni une équipe composée de membres de la Direction des risques biologiques environnementaux et occupationnels (DRBEO) et de la Direction des systèmes de soins et politiques publiques (DSSPP). Des experts externes dans le dossier de la prévention des ITSS provenant du Service de lutte aux ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des directions de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale ont aussi participé à l'élaboration de cet avis. L'équipe s'est réunie au début des travaux pour établir les paramètres de l'avis sur les SIS. Par la suite, les rencontres ont porté sur le suivi des analyses et des travaux de rédaction. Le document a ensuite été soumis à des experts dans divers dossiers en dépendance, à un expert en droit de la santé et à une experte en méthodologie de recherche.

Dans le cadre du présent document, l'évaluation de la pertinence et de l'opportunité d'implanter des services d'injection supervisée au Québec repose d'une part sur une revue de la littérature entourant les différents « modèles » de SIS, l'acceptabilité sociale, ainsi que certains enjeux éthiques et juridiques associés à leur implantation et d'autre part, sur une analyse critique de la littérature sur les savoirs scientifiques concernant les effets des SIS. L'INSPQ espère que ce document sera utile à la réflexion sur l'implantation de services d'injection supervisée dans un contexte de services intégrés pour les personnes faisant usage de drogues par injection et qu'il aidera à prendre des décisions basées sur les données de la littérature à ce sujet.

2 LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

2.1 DÉFINITION

L'approche de réduction des méfaits¹ [12,13] liés à l'usage de drogues est un élément essentiel pour des actions efficaces en prévention du VIH et du VHC chez les personnes UDI^[14]. Les actions proposées par l'OMS^[14] sont : 1) le développement d'activités d'information, d'éducation et de communication à propos des risques et des moyens de protection; 2) l'accès à des soins de santé et des services sociaux pour les personnes UDI; 3) le développement d'interventions de proximité permettant de rejoindre les populations UDI qui ne sont pas en contact avec le système de soins; 4) l'accès à du matériel d'injection stérile; et 5) la disponibilité des traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opioïdes. Les autorités de santé de nombreux pays ont d'ailleurs développé leurs plans de lutte au VIH et au VHC chez les personnes UDI en priorisant ces actions dans un contexte de réduction des méfaits.

La politique suisse des quatre piliers dans le domaine des drogues illégales (Tableau 1) est un exemple d'une stratégie basée sur une approche pragmatique qui inclut la réduction des méfaits parmi les actions efficaces pour lutter contre la toxicomanie et les ITSS^[15]. Cette approche fondée sur la prévention de la consommation de drogues, sur la disponibilité de thérapies pour venir en aide aux personnes dépendantes, sur la réduction des effets négatifs de l'usage et sur la répression en vue de réduire les effets négatifs de la consommation de drogues illégales^[15] a inspiré d'autres pays^[16, 7] dans le déploiement de leur stratégie de lutte à la drogue et aux ITSS.

Les stratégies de réduction des méfaits comportent : des **activités d'information et d'éducation** destinées à modifier les comportements à risque, des **services d'accès au matériel d'injection**² et des **services d'injection supervisée** visant à réduire le partage du matériel et les risques d'infections au VIH et au VHC, des **interventions de proximité** ou travail de milieu pour établir des contacts avec des populations très marginalisées et des **programmes de prévention en milieu carcéral** misant sur l'accès au dépistage et à la vaccination des hépatites A et B (Tableau 1)^[14,18,19]. Ce sont des programmes, des services et des interventions dont l'évaluation a fourni des données probantes permettant d'en assurer la poursuite et le développement^[8,9,19,20]. L'OMS recommande aussi de poursuivre le développement de traitements de substitution pour mieux répondre aux besoins des personnes UDI^[14]. Actuellement des **programmes de substitution** à l'héroïne et aux opioïdes sont aussi intégrés aux stratégies de réduction des méfaits, car ils visent à limiter la transmission des infections chez les personnes qui y participent. Au cours des dernières années, la Suisse^[21,22] a mis en place un programme de **prescription médicale d'héroïne**

¹ La réduction des méfaits liés aux drogues est une approche basée sur le pragmatisme et l'humanisme. L'abstinence par rapport à la consommation de substances n'est pas un idéal que tous les usagers de drogues peuvent viser. Il convient donc d'être pragmatique et de chercher à réduire les risques auxquels ces personnes sont exposées. L'amélioration des conditions de santé des personnes qui font usage de drogues repose sur une approche humaniste qui met l'accent sur la personne plutôt que sur la consommation de substance.

² Le terme programme d'échange de seringues est aussi utilisé pour désigner l'accès à du matériel d'injection stérile. Compte tenu des consignes de l'OMS de ne pas imposer de limitation en termes de quantité et d'obligation pour l'accès au matériel d'injection stérile, l'utilisation de la locution programme d'échange de seringues tend à s'estomper au profit de service d'accès au matériel d'injection, du moins au Québec.

pour les personnes chez qui tous les traitements de substitution ont échoué. Cette mesure permet à des personnes fortement dépendantes à l'héroïne de sortir de la marginalité et de se réinsérer dans un mode de vie plus sain, réduisant ainsi les risques de mortalité et de morbidité en général, et d'infection au VIH et au VHC en particulier^[21].

Tableau 1 L'approche de réduction des méfaits dans une politique des quatre piliers tel que proposé par l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération suisse³

Les quatre piliers	Contribution En gris - Mesures adoptées ou considérées pour le Québec*
Prévention Protection de la santé, promotion de la santé et dépistage précoce Thérapie Comportant différentes options de traitement et d'intégration sociale	Contribue à la réduction de la consommation des drogues en évitant que les personnes ne développent une dépendance. Contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir de la dépendance.
Réduction des méfaits Pour l'individu et pour la société	Soutien aux traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) et prescription médicale d'héroïne** Contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et sur la société en misant sur la réduction des problèmes individuels et sociaux.
Répression Régulation du marché et protection de la jeunesse	Activités d'information et d'éducation Accès au matériel d'injection Services d'injection supervisée Interventions de proximité Programmes de prévention en milieu carcéral Contribue à réduire les effets négatifs de la consommation de drogues par des mesures pénales et policières et des interventions de régulation en vue de réduire l'offre et la demande des drogues illégales.

* Ces mesures sont décrites dans le document de l'OMS^[14].

** Plusieurs autres mesures visant le traitement et l'intégration sociale des personnes dépendantes sont aussi préconisées dans ce pilier. Nous référons le lecteur au document suivant : Ledermann S, Sager F. (2006) *La politique suisse en matière de drogues, Troisième programme de mesures de la confédération en vue de réduire les problèmes de drogues (ProMeDro III) 2006-2011*. Office fédéral de santé publique, 91 p. (référence # 15 du présent document).

³ Le lecteur peut consulter le site suivant pour de plus amples détails sur la politique suisse en matière de drogues : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/index.html?lang=fr>.

2.2 ASPECTS ÉTHIQUES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'approche de réduction des méfaits véhicule, implicitement et explicitement, plusieurs valeurs : « l'accès universel aux soins, la protection de la santé et de la sécurité du public, la promotion de la santé individuelle et collective, l'accès équitable aux ressources collectives, la défense des droits du citoyen et la promotion de la participation et de l'intégration sociale »^[13]. À cela s'ajoutent l'autonomie, l'« empowerment », le respect de la personne et de la liberté individuelle, la compassion, la justice sociale et la solidarité envers les démunis^[23].

Au Québec, la plupart des enjeux éthiques liés à la réduction des méfaits ne découlent pas de conflits entre, les valeurs qui fondent les interventions de réduction des méfaits en santé publique d'un côté et, de l'autre, les valeurs partagées par la population, mais plutôt de la façon dont cette approche s'actualise concrètement. Des enjeux liés à la réduction des méfaits émergent de la pratique. Par exemple, doit-on imposer un âge minimal pour avoir accès à ces programmes? Peut-on refuser d'intervenir auprès des femmes enceintes? Peut-on, ou non, offrir l'accès à du matériel d'injection dans les prisons où l'on sait pertinemment qu'il y a consommation de drogues par injection? Doit-on concentrer les services dans les secteurs où se retrouve déjà une grande concentration de personnes UDI ou en offrir même là où la concentration est moins importante?

Les enjeux éthiques de la réduction des méfaits tournent autour de la construction sociale et politique de la tolérance, et de ses limites, envers les drogues et ceux qui en font usage. La tolérance que supposent les programmes de réduction des méfaits est porteuse de conflits de valeurs puisqu'elle s'éloigne de la morale prohibitionniste traditionnelle : on vise d'abord à réduire les méfaits liés aux drogues, pas nécessairement la consommation de drogues elle-même. Devant l'impossibilité à régler de nombreux problèmes de santé via les approches traditionnelles, les approches de réduction des méfaits visent à diminuer les torts causés par la consommation de drogues en s'appuyant sur la tolérance de la population et des professionnels envers des comportements jugés socialement déviants. La réduction des méfaits n'est pas incompatible avec les principes et les valeurs phares de la santé publique; elle s'y insère plutôt à partir d'un travail de négociation sur la signification et la hiérarchisation de ces principes et valeurs.

Bien que les approches de réduction des méfaits puissent sembler contradictoires avec la promotion d'une vie en santé de la santé publique, la réduction des méfaits respecte le principe éthique de non-malfaisance. En effet, puisque l'élimination de l'usage inapproprié de drogues est utopique, il ne serait pas éthique pour la santé publique d'ignorer une approche qui permet de réduire les risques et les souffrances des personnes UDI. De la même façon, la réduction des méfaits donne priorité au respect de la vie dans une perspective de bienfaisance. C'est une bienfaisance utilitariste, qui vise la maximisation des bénéfices, sur le plan de la santé des personnes UDI dans le respect de leur autonomie, et la minimisation des inconvénients liés à la consommation de drogues injectables pour la collectivité. L'État reconnaît cependant que l'autonomie et la responsabilité individuelles des personnes UDI ne sont pas totalement assumées puisque des déterminants sociaux influencent leurs comportements à risque. L'État respecte le principe de justice sociale et assume la présence d'inégalités dans la distribution des richesses et dans l'exposition à des conditions de vie

difficiles. En reconnaissant les inégalités sociales de santé et l'inégale exposition aux facteurs de risques de la toxicomanie, l'État vient en aide à un groupe vulnérable dans la société, les personnes UDI. Enfin, la réduction des méfaits fait appel à la compassion et à la solidarité des citoyens devant la vulnérabilité des personnes faisant usage de drogues afin de promouvoir le bien commun de la santé.

En favorisant le respect de la liberté et la compassion envers les personnes UDI, vues comme des êtres vulnérables, les approches de réduction des méfaits trouvent leur légitimité dans l'incapacité des mesures traditionnelles à enrayer l'usage de drogues et à éviter ses conséquences négatives pour les personnes UDI et pour la collectivité. De plus, les épidémies de VIH et de VHC forcent la santé publique à intervenir auprès des personnes UDI. Les enjeux éthiques de la réduction des méfaits émergent des préceptes moraux qu'elle sous-tend : acceptation de l'usage et renonciation à l'objectif d'une société sans drogue, humanisme plutôt que criminalisation envers les personnes qui en font usage. La construction sociale et politique de la tolérance est au cœur des dilemmes éthiques en réduction des méfaits, principalement l'articulation des limites de cette tolérance pour l'État, les professionnels et la population.

3 LES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE : UNE FAÇON DE RÉDUIRE LES MÉFAITS

La notion de services d'injection supervisée désigne des espaces où l'injection de drogues illégales est autorisée et supervisée par du personnel médical (le plus souvent). La vente et l'échange de drogues ne sont pas autorisés dans ces services. Le concept de lieu permettant l'injection supervisée fait référence à une régulation des entrées des personnes utilisatrices de drogues, à la supervision des injections, à l'éducation à l'injection sécuritaire, à la distribution de matériel d'injection stérile et à l'intervention médicale en cas de surdose^[24,25]. Les SIS offrent une gamme de services incluant variablement l'accès à du matériel d'injection stérile, des services de santé de base, du counselling et de la référence médicale, des services sociaux, des traitements de la dépendance, des services de formation et de placement en emploi^[26]. Les SIS sont souvent intégrés à des services de santé, de traitement de la toxicomanie ou des services destinés aux personnes itinérantes^[27,28]. Ils sont opérés par du personnel composé de travailleurs sociaux et communautaires, d'infirmières ou de médecins, mais favorisent aussi l'embauche d'usagers et d'ex-usagers de drogues. Les SIS se sont développés dans des villes européennes^[26] avant d'être implantés en Australie^[29] et au Canada^[30].

Les services d'injection supervisée (SIS)^[6] sont aussi désignés sous les vocables lieux d'injection sécuritaire^[31], centres d'injection supervisée^[32], salles de consommation^{4 [26]}, salles d'injection^[33] ou sites d'injection supervisée^[29]. Ces différents vocables font tous référence à des endroits supervisés médicalement où les personnes qui font usage de drogues illégales se rendent pour consommer. Au Québec, le terme **service d'injection supervisée** (SIS) est celui qui a été retenu par le MSSS^[6] parce qu'il s'inscrit dans une gamme de services plutôt qu'un lieu comme tel. Le SIS est souvent associé à un programme d'accès au matériel d'injection qui permet de s'injecter sur place plutôt que dans la rue. Les autorités de santé publique du Québec favorisent le développement de ce type de service dans des organismes communautaires ou des établissements du réseau qui rejoignent déjà les populations visées et leur offrent des services sociaux et de santé à bas seuil d'accessibilité⁵. Cette démarche s'inscrit aussi dans la philosophie des réseaux locaux de services intégrés proposée par le MSSS^[34].

3.1 LES OBJECTIFS VISÉS PAR LES SIS

De façon générale, les objectifs d'un SIS sont 1) de rejoindre des populations qui ne sont pas rejointes par d'autres services; 2) de diminuer la mortalité et la morbidité associées aux surdoses; 3) de réduire les risques à la santé inhérents aux pratiques d'injection des personnes UDI; 4) de minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics; et 5) de stabiliser l'état de santé générale des personnes UDI (Tableau 2).

⁴ Utilisées principalement en France, au Luxembourg, en Espagne et en Belgique, les salles de consommation accueillent divers types de consommateurs (par injection ou par inhalation).

⁵ La notion de bas seuil d'accessibilité (*low-threshold*) fait référence à des services dont les exigences pour y accéder favorisent les personnes qui sont généralement peu accueillies dans les services de santé et qui présentent des conditions d'extrême précarité. Par exemple, on n'exigera pas que les personnes soient engagées dans un programme de traitement de la toxicomanie pour qu'elles aient accès à des soins de santé.

Tableau 2 Les objectifs d'un service d'injection supervisée, les moyens mis en œuvre pour les atteindre et les indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte⁶

Objectifs généraux des SIS et moyens employés	Objectifs spécifiques	Indicateurs
<p>1. Rejoindre des populations qui n'accèdent pas aux services de santé existants (services traditionnels et autres services de réduction des méfaits)</p> <p>Moyens : localisation dans les secteurs où se concentrent les injecteurs; heures d'ouverture étendues; offre de services à bas seuil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rejoindre une population très marginalisée ❖ Fidéliser les usagers aux services de soins de santé (soins primaires, prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Profils des usagers des SIS ❖ Patrons d'utilisation des SIS ❖ Fréquentation des SIS ❖ Satisfaction des usagers à l'égard des services ❖ Environnement – actions de la police et des autres acteurs à proximité des SIS ❖ Satisfaction des usagers des SIS
<p>2. Diminuer la mortalité et la morbidité liées aux surdoses</p> <p>Moyens : supervision médicale de l'injection permettant d'intervenir en cas de surdose; création d'un environnement où l'injection n'est pas susceptible d'être précipitée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réduire les surdoses ❖ Réduire la morbidité associée aux surdoses 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décès par surdose ❖ Morbidité à la suite de surdoses ❖ Patrons d'utilisation de drogues, degré d'intoxication et fréquence de la consommation ❖ Modification des conditions environnementales des surdoses ❖ Injections au SIS/Injection en public
<p>3. Réduire les risques à la santé inhérents aux pratiques d'injection des personnes UDI</p> <p>Moyens : activités éducatives sur place et lors de l'injection aux techniques d'injection sécuritaires; fourniture de matériel d'injection stérile; création d'un environnement salubre et sécuritaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prévenir le partage du matériel d'injection ❖ Prévenir l'injection précipitée ❖ Réduire les comportements à risque au-delà du SIS 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Efficacité de l'éducation à l'injection sécuritaire ❖ Statistiques sur les seringues et autre matériel mis à la disposition des personnes UDI ❖ Pratiques d'injection des personnes UDI (injections au SIS/injections en public; réutilisation de matériel; partage de seringues; positionnement de seringues...) ❖ Taux de VHC et de VIH chez les personnes UDI et dans la population plus largement
<p>4. Minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics</p> <p>Moyens : récupération de seringues; coordination avec les activités policières</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réduire l'injection dans les lieux publics ❖ Réduire les inconvénients liés aux rassemblements d'injecteurs dans les lieux publics ❖ Réduire le rejet de matériel contaminé dans les lieux publics 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre d'injections en public/au SIS ❖ Lieux d'injection autres que le SIS ❖ Statistiques sur les seringues rejetées dans les lieux publics ❖ Statistiques policières sur la criminalité
<p>5. Stabiliser l'état de santé général des personnes UDI</p> <p>Moyens : donner accès à des services de santé primaires; offrir un accès à des services pouvant mener à la réinsertion sociale (désintoxication, traitement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Favoriser le dépistage des infections au VIH et VHC ❖ Favoriser la vaccination contre l'hépatite A et B ❖ Favoriser le traitement des infections au VIH et VHC ❖ Réduire l'incidence et l'infection des plaies d'injection ❖ Favoriser l'inscription des usagers dans des programmes de traitement de la dépendance ❖ Stabiliser puis réduire (à terme) les taux de VIH et de VHC chez les personnes UDI et dans la population plus largement 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Statistiques sur le dépistage du VIH et du VHC et la vaccination des hépatites A et B ❖ Statistiques sur le nombre de personnes traitées pour le VIH, le VHC, les endocardites, les infections cutanées. le SARM communautaire, etc. ❖ Fréquence des références vers d'autres services ❖ Admissions en traitement ou en réadaptation ❖ Reprise de la consommation/de l'injection ❖ Fréquence et volume de la consommation de drogues

⁶ Ce tableau, largement inspiré des observations de Hedrich *et al.* (2004) (référence #26 du présent document), a été complété pour certains **objectifs spécifiques** et **indicateurs** jugés importants pour la situation au Québec.

Cette approche intégrée des objectifs entourant la création des SIS proposée par Hedrich^[26] et utilisée par les chercheurs de Vancouver^[35] et de Sydney^[29] s'accompagne d'indicateurs de surveillance de la situation qui ont fait ou qui devraient faire l'objet d'évaluation et de recherches pour mesurer les effets des SIS. Compte tenu de la pertinence de ce cadre de référence, il fut retenu pour la présentation des résultats de recherche entourant les effets des SIS et pourrait servir de cadre pour l'élaboration d'indicateurs de suivi des activités des SIS au Québec.

En offrant des services à bas seuil d'accessibilité, les SIS ont pour premier objectif de **rejoindre les populations d'usagers de drogues** les plus marginalisées qui ne rencontrent généralement pas les critères d'admission dans le système de soins ou ne fréquentent pas les services par crainte d'exclusion ou de rejet (Tableau 2). La création d'environnements salubres et supervisés médicalement où sont enseignées les techniques d'injection sécuritaire vise à éloigner les usagers de la rue ou d'autres endroits précaires, en vue de **diminuer les risques de surdose** (objectif 2) et de **réduire les risques de santé** tels que les infections au VIH et au VHC ainsi que tout autre problème de santé liés à l'injection (objectif 3).

La création de SIS a aussi pour objectif de **réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics** (objectif 4, Tableau 2). Offrir la possibilité de consommer dans un espace aménagé pour les personnes qui s'injectent vise à diminuer la présence d'injecteurs dans les lieux publics et favoriser la récupération du matériel d'injection qui pourrait être jeté dans les lieux publics.

Finalement, l'objectif à plus long terme des SIS est de contribuer à **stabiliser l'état de santé des personnes UDI** (objectif 5, Tableau 2) et à leur permettre de reprendre le contrôle sur leur consommation et sur leur vie. Dans la majorité des cas, les organismes qui offrent un service d'injection supervisée offrent aussi des services de santé primaires comme le dépistage des ITSS, le traitement des abcès et d'infections tout en favorisant l'établissement d'un lien de confiance avec les personnes UDI afin de favoriser le passage vers des services de santé pour le traitement des infections au VIH et au VHC et les traitements de la dépendance. Souvent, les services permettant de répondre aux besoins primaires comme les soins corporels, l'alimentation et le logement sont disponibles sur place ou à proximité par référence directe.

Les populations visées par ces services présentent des caractéristiques particulières de grande vulnérabilité sociale et un itinéraire de consommation caractérisé par la désinsertion sociale^[36]. Les personnes accueillies dans les SIS ont des pratiques d'injection à risque élevé, s'injectent dans les endroits publics et ne sont pas rejointes par les services sociaux et de santé conventionnels^[26,37,38]. Souvent sans domicile fixe, elles présentent un état de santé physique et mental précaire et ont généralement besoin de soins physiques et psychologiques qui sont souvent offerts dans les organismes qui opèrent un SIS^[26,39,40].

3.2 ACCEPTABILITÉ DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE

3.2.1 Pour les citoyens et les professionnels de la santé

À l'origine, les autorités des villes suisses qui avaient vu naître des SIS étaient peu favorables à cette mesure. À la fin des années 1980, la situation précaires des usagers de drogues et l'évolution de l'épidémie de VIH ont contribué à modifier leurs perceptions. Dans les villes européennes, les SIS sont maintenant perçus comme une mesure facilitant l'accès aux soins de santé primaires et aux services psychosociaux pour les personnes UDI^[24,41]. Des aménagements à la loi et des mesures politiques ont été adoptés pour assurer le maintien des premiers SIS et l'ouverture de nouvelles salles de consommation^[27]. Les conditions d'opération exigeaient une supervision médicale des usagers et une offre des services sociaux et de santé. Au début de l'année 1996, le ministre de la Santé et des Services sociaux et des Sports des Pays-Bas déclarait qu'en remplissant certaines conditions spécifiques, les salles de consommation représentaient un apport important dans le continuum de services en traitement de la dépendance^[27].

Les premières expériences de SIS réalisées en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas n'ont pas fait l'objet d'évaluation scientifiques formelles en vue de déterminer les effets de ces programmes^[27]. Les autorités de santé et les municipalités considéraient que les SIS permettaient de réduire les nuisances publiques et de diminuer les risques de santé. L'implantation des SIS ne s'est pas fait sans heurts^[42] et les auteurs estiment que les conditions gagnantes reposent sur l'obtention d'un consensus entre les politiques de santé publique, les décideurs municipaux et les corps policiers et, nécessite un soutien important de la part de la communauté.

L'implantation du Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) de Sydney en Australie, a donné lieu à des enquêtes auprès des résidents et des commerçants du secteur. En 1998, 76 % des répondants étaient favorables à l'ouverture du MSIC^[43]. Entre 2000 et 2005, le MSIC obtient de plus en plus la faveur des résidents et des commerçants qui indiquent que cette mesure diminue les nuisances dans l'environnement et favorise la prévention^[44-46]. Au Québec, une étude sur l'apport des communautés dans le débat éthique entourant la mise en œuvre de programmes controversés a démontré que les approches de réduction des méfaits sont des mesures acceptables pour les populations vivant à proximité des personnes toxicomanes^[47]. Ces données qualitatives sont cohérentes avec les résultats de l'enquête réalisée en 2001 et en 2009 auprès de la population du Québec où 54 % et 63 % des répondants étaient favorables à l'implantation de lieux d'injection supervisée^[48,49].

Les professionnels de la santé, à tous les niveaux, sont de plus en plus concernés par les mesures de réduction des méfaits. Au Québec, les pharmaciens participent à la prévention du VIH et du VHC en donnant accès à du matériel d'injection stérile aux personnes UDI^[50]. Au cours des dernières années, les ordres professionnels et les associations d'intervenants en santé sont de plus en plus nombreux à afficher leurs positions en faveur des programmes de réduction des méfaits. L'Association médicale canadienne^[51], l'Association canadienne pour l'étude du foie^[52], l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec^[53,54] et l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec^[55,56] se disent favorables à l'implantation des services d'injection supervisée et le font connaître publiquement.

3.2.2 Pour les usagers des services d'injection supervisée

Rares sont les programmes de prévention qui ont fait l'objet d'autant de consultations auprès de personnes à qui ils sont destinés. Avant l'implantation des SIS de Sydney et de Vancouver, des études sur les perceptions des personnes UDI à l'égard des SIS ont été réalisées. Les personnes consultées se sont dit en faveur de l'établissement de SIS dans des proportions de 89 % en Australie^[24], de 92 % pour Vancouver^[57] et de 84 % au Royaume-Uni^[58]. Les personnes qui ont expérimenté des surdoses se montrent plus favorables à utiliser les SIS^[59]. Une étude descriptive^[60] auprès de participants à la cohorte SEOSI⁷ a permis de démontrer que l'utilisation d'un SIS opéré par du personnel infirmier est bien acceptée par les usagers.

Au Québec comme ailleurs, des appréhensions ont été soulevées par les personnes UDI interrogées quant à la fréquentation d'un SIS. Les personnes interrogées craignaient que les SIS soient conçus pour exercer un contrôle de la consommation^[61] ou qu'ils mettent en interaction des consommateurs aux profils trop différents^[62]. Les règlements des SIS et les restrictions imposées étaient aussi rapportés comme limite potentielle à leur utilisation^[24,57]. Par ailleurs, tout comme les citoyens des quartiers où se sont développés les SIS, les usagers des SIS ont eux aussi approuvés ces programmes.

3.2.3 Les effets non prévus sur les individus et les collectivités

La présence de SIS a aussi eu des effets imprévus dont le plus marquant est la mobilisation des consommateurs de drogues en faveur de services de prévention au sein desquels ils souhaitent s'impliquer davantage. À Vancouver, les membres du regroupement des usagers Vancouver Area Network for Drug Users (VANDU) se sont impliqués dans la distribution du matériel d'injection^[63] et ils ont mis en place un service d'injection supervisée opéré par des utilisateurs bénévoles^[64]. Au Québec, les membres de la coalition pour la réduction des méfaits⁸ et ceux de l'ADDICQ (Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec) s'impliquent dans la prévention et se sont prononcés en faveur de l'implantation des SIS^[65-67]. Cette participation des communautés à l'amélioration de l'état de santé fait partie des stratégies d'action du PNSP^[6].

Par ailleurs, comme le soulignent plusieurs auteurs^[27,39,44,47,68] l'acceptabilité d'un service d'injection supervisée dépend en bonne partie du travail qui aura été réalisé sur le terrain pour considérer les positions des différents acteurs touchés par la mise en place de cette mesure. La concertation entre les différentes instances municipales, policières et de santé publique est un enjeu majeur de la mise en place de ces services.

3.3 ENJEUX LÉGAUX ENTOURANT LA MISE EN PLACE D'UN SIS

La question des enjeux légaux est au cœur du débat entourant les services d'injection supervisée, et ce, dans tous les pays membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Pour le présent avis, deux aspects sont apparus importants à considérer pour la compréhension des enjeux légaux, **soit la conformité des SIS aux conventions**

⁷ *Scientific Evaluation of Supervised Injection.*

⁸ <http://www.coalitionrdm.org/communique.pdf>.

internationales sur les drogues et l'application du droit canadien eu égard au SIS et à leur mise en place comme outil de santé publique dans un contexte de réduction des méfaits. Dans ce dernier cas, nous examinerons plus en détail les tenants et aboutissants d'un jugement de la Cour suprême de Colombie-Britannique. Les enjeux légaux « opérationnels » comme la responsabilité civile du personnel ou la nécessité d'une délégation d'actes médicaux ne sont pas traités ici.

3.3.1 Les SIS et les conventions internationales sur les drogues

Trois conventions internationales codifient les engagements d'États membres de l'ONU en matière de gestion des drogues illégales. Il s'agit de la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et de la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Les États signataires de ces conventions s'y engagent à prendre des actions pour contrôler l'offre et la demande de certaines substances qui sont déclarées illégales. Aucune de ces conventions n'interdit explicitement l'opération de SIS.

En 2006, l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) affirme néanmoins que l'implantation et l'opération des SIS placent les pays en contravention aux Conventions internationales sur le contrôle des drogues dont ils sont les signataires^[69]. L'OICS a été établi en 1968 dans la foulée de la Convention de 1961. Il se décrit comme « un organe de contrôle indépendant et quasi judiciaire qui est chargé de surveiller l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues⁹ ». Bien qu'il n'ait pas de compte à rendre sur ses positions substantielles à l'ONU, cet organe est une unité administrative du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID). Toutefois, il est le seul organisme à interpréter les conventions internationales sur les drogues comme limitatives à l'établissement de SIS et ce, contre l'avis légal des experts de l'ONU et contre les positions des États signataires, dont le Canada. Le nœud du différend repose sur le fait que l'OICS estime que les SIS facilitent ou incitent la consommation et/ou le trafic de drogues alors que les autres instances estiment que ce n'est là, ni l'intention derrière l'établissement des SIS, ni l'effet réel des SIS.

À ce propos, un avis juridique donné par l'unité des affaires légales du PNUCID^{10 [70]} précise qu'il serait difficile d'affirmer qu'en établissant de tels services, il est dans l'intention d'inciter ou d'induire la consommation de drogues illégales ou même plus de s'associer, d'aider ou de faciliter la possession de ces drogues. Bien au contraire, précisent les auteurs de l'avis, l'intention des gouvernements est clairement de fournir des conditions plus favorables à la santé pour ceux qui abusent des drogues, réduisant ainsi leurs risques d'infection à des maladies transmissibles sérieuses et, au moins dans certains cas, en leur offrant des services d'assistance psychosociale et d'autres options de traitement. De plus, il est souligné que même si ces actions peuvent paraître insuffisantes d'un point de vue de « réduction de la demande » de drogues illégales, elles ne constituent pas une intention d'inciter la commission d'un crime tel que stipulé dans la Convention de 1988^[70]. Le gouvernement

⁹ Lien consulté le 18 juin 2009 : <http://www.incb.org/incb/fr/mandate.html>.

¹⁰ Une division de l'ONU qui a examiné la conformité des interventions de réduction des méfaits aux Conventions des Nations Unies sur les drogues.

canadien a lui aussi conclu en 2003 que l'opération d'un local d'injection sécuritaire pour des raisons scientifiques n'était pas en contravention des obligations internationales du Canada eu égard aux conventions internationales sur le contrôle des drogues^[71] et a accordé un permis d'opération aux promoteurs de Insite à Vancouver. Malgré ses prises de position publiques et ses actions légales récentes contre l'opération de Insite, un des deux SIS de Vancouver, le gouvernement canadien n'a pas, à notre connaissance, indiqué publiquement qu'il considérait les SIS comme contraires aux engagements du pays dans le cadre des conventions internationales.

Les conclusions d'avis juridiques suisse^[72] et allemand^[26] indiquent elles aussi la conformité des interventions des SIS par rapport aux conventions internationales. En Suisse, l'analyse de la légalité des salles d'injection supervisée menée par l'Institut Suisse de droit comparé^[72] montre que les textes des Conventions pertinentes ne précisent rien à propos des SIS. Ce faisant, précisent les auteurs, l'absence d'uniformité des pratiques des États eu égard aux SIS force à conclure que les États signataires sont libres d'effectuer leurs propres choix. En 1993, le procureur de la Cour supérieure régionale de Francfort en Allemagne a effectué une analyse légale de la question de la conformité des SIS aux obligations issues des conventions de l'ONU ainsi qu'une analyse de leur conformité avec les lois allemandes sur le contrôle des narcotiques^[26]. Cette analyse conclut que ces services ne contreviennent pas aux obligations internationales de l'Allemagne, dans la mesure où la vente, l'acquisition ou la distribution de drogues/substances narcotiques ne soient pas tolérées et que des conditions hygiéniques, sans stress et permettant de réduire les risques liés à la consommation de drogues soient présentes¹¹.

Enfin, il est important de souligner, comme le notent Malkin *et al.*^[73], que « même si [la Convention de 1961] affirme que les pays doivent limiter l'usage et la possession de drogues exclusivement à des fins médicales et scientifiques, elle précise aussi dans cette même clause que cette obligation de prendre de telles mesures limitatives est assujettie aux dispositions de cette Convention (Article 4(c)). D'autres dispositions, incluant l'obligation de criminaliser certaines drogues elles-mêmes, précisent que les obligations d'un pays signataire sont assujetties à ses limites constitutionnelles (Article 36(1)). Ces limites constitutionnelles pourraient inclure des mesures protégeant la vie et la sécurité de la personne contre un abus gouvernemental en assurant la protection égale de la loi pour tous, comme c'est le cas dans des pays comme le Canada avec des Chartes de droits et libertés intégrées aux Constitutions »^[73]. Cette Charte des droits et libertés du Canada a été un élément déterminant dans la décision judiciaire autorisant, en 2008, le service Insite à continuer d'opérer.

3.3.2 L'application de la loi au Canada et les démarches légales de Insite

Deux SIS opèrent présentement à Vancouver avec le soutien financier de l'agence régionale de santé, la Vancouver Coastal Health (VCH), soit le SIS de la clinique du Dr Peter Centre et Insite. Ils sont intégrés à l'offre de services de santé de la VCH pour les personnes faisant

¹¹ Cité dans Heidrich 2004 (référence #26 du présent document) - Körner, H.H. (1993) Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen. 17 May, Az 406/20-9, ZfB No. 507/93, Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.

usage de drogues par injection. Le Dr Peter Center, un centre de santé destiné aux personnes vivant avec le VIH, opère un SIS depuis 2002 dans le secteur ouest du centre-ville sans avoir obtenu une autorisation légale en vertu de la LCDAS. Le SIS est intégré à l'offre de services de réduction des méfaits du centre de santé.

Pour ce qui est de Insite, sa mise en opération en septembre 2003 a été effectuée suite à l'obtention d'une exemption à la Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances (LCDAS)¹² [71] accordée par le ministre de la Santé fédéral à la VCH. Comme le précise l'article 56 de la LCDAS, le ministre,

« s'il estime que des raisons **médicales, scientifiques** ou **d'intérêt public** le justifient, peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la LCDAS ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci »^[74].

D'une durée initiale de trois ans, l'exemption accordée à la VCH a été prolongée à deux reprises et prenait fin en juin 2008. Depuis le 27 mai 2008, la VCH bénéficie d'une exemption constitutionnelle que lui a accordée la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Cette dernière a en effet rendu en 2008 un jugement qui retirait à la VCH l'obligation d'obtenir une exemption légale pour opérer le service Insite. Cette décision met le SIS à l'abri de toute sanction qui aurait pu lui être appliquée en vertu de la LCDAS, en particulier en ce qui a trait aux infractions de possession et de trafic dont pourraient faire l'objet tant les usagers que le personnel de Insite.

Rappelons qu'en novembre 2007, anticipant un refus de prolonger l'exemption de la part du gouvernement fédéral et la possibilité que cela mène à la fermeture de Insite, deux groupes de plaignants¹³ ont engagé des actions légales devant la Cour suprême de Colombie-Britannique. Dans l'ensemble des arguments présentés^[75], deux arguments sont particulièrement pertinents dans le cadre de cet avis. Ces deux arguments ont été formulés par les avocats du groupe composé du Portland Hotel Society (l'organisation qui opère Insite en collaboration avec la VCH) et de ses co-plaignants Dean Edward Wilson et Shelly Tomic, deux usagers du SIS.

Le premier argument est que Insite consiste en une initiative de soins de santé dont l'autorité de la mise en œuvre et de l'opération est du ressort exclusif de la Province de Colombie-Britannique. Dans ce cas, ont argumenté les plaignants, le pouvoir fédéral de légiférer en vertu de la loi criminelle ne peut intervenir dans le pouvoir constitutionnel en matière de soins de santé en raison de la doctrine de l'immunité inter juridictionnelle. Dans son jugement, rendu en juin 2008, le juge a rejeté cet argument en invoquant la doctrine de la primauté fédérale (« federal paramountcy »). Le gouvernement fédéral a porté la décision de la Cour suprême en appel. Ce point a ainsi été débattu à nouveau en avril 2009 lorsque la cause a été entendue à la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. Malgré l'importance moindre accordée à cet argument dans le jugement de la Cour suprême, sa résolution dans

¹² Disponible à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/fr/ShowFullDoc/cs/C-38.8//fr>.

¹³ Les deux groupes ont été entendus ensemble par la Cour suprême de la Colombie-Britannique puisque les actions concernaient les mêmes enjeux et le même service.

les décisions à venir est néanmoins importante pour les actions de santé publique de l'ensemble des provinces canadiennes.

Le second argument est à l'effet que les articles 4(1) et 5(1) de la LCDAS sont inconstitutionnels, car incompatibles avec la Charte canadienne des droits et libertés^[76] (ci-après la Charte). Plus précisément, selon les plaignants, ils devraient être abolis puisqu'ils empêchent des personnes qui utilisent une ou plusieurs substances illégales d'avoir accès aux soins de santé offerts à Insite, violant ainsi les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, et le droit de ne pas en être privé, sauf conformément aux principes de la justice fondamentale qui sont protégés par l'article 7 de la Charte.

L'article 4(1) concerne la possession de substances contrôlées : « Sauf dans les cas autorisés aux termes des règlements, la possession de toute substance inscrite aux annexes I, II ou III est interdite. » L'article 5(1) concerne le trafic des substances contrôlées : « Il est interdit de faire le trafic de toute substance inscrite aux annexes I, II, III ou IV ou de toute substance présentée ou tenue pour telle par le trafiquant. » Si ce dernier article a été visé par les plaignants, c'est parce qu'une personne manipulant du matériel contaminé par des substances contrôlées (par exemple des seringues usagées) peut techniquement être accusée en invoquant cet article. Les employés du SIS manipulent fréquemment du matériel contaminé. L'article 7 de la Charte protège quant à lui le droit à la liberté, la vie et la sécurité de la personne : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale¹⁴. »

Le juge a accueilli sans équivoque cet argument, c'est-à-dire qu'il a estimé que les deux articles de la LCDAS contreviennent à la Charte, car ils privent les usagers de Insite d'un accès à des services de santé qui ont le potentiel de les garder en vie ou d'assurer la sécurité de leur personne. Le droit à la liberté protégé par cet article de la Charte a été nettement moins considéré dans le jugement. Il faut comprendre que dans le cours de son évaluation de cet argument, le juge établit quatre éléments clés sur lesquels il fonde sa décision.

- 1) Il écrit d'abord que la dépendance est une maladie.
- 2) Il ajoute que ce n'est pas l'injection de drogues elle-même, mais l'usage non sanitaire d'équipements, de techniques et de procédures pour l'injection qui permettent la transmission d'infections entre les individus.
- 3) Il établit ensuite que le risque de morbidité et de mortalité est réduit par l'injection sous supervision de personnel médical.
- 4) Il convient enfin que l'ensemble des services offerts à Insite doit être considéré comme des soins de santé.

C'est sur la base de ces quatre éléments que le juge a estimé que la portée des sections concernées de la LCDAS est en l'état actuel arbitraire, sinon « grossièrement disproportionnée » ou trop étendue dans son application. S'il conclut ainsi, c'est que selon lui

¹⁴ Lien consulté le 26 juin 2009 : http://laws.justice.gc.ca/en/charter/const_fr.html#garantie.

les sections 4(1) et 5(1), qui permettent techniquement d'accuser les utilisateurs du service pour possession de substances contrôlées et les employés qui peuvent être appelés à manipuler de l'équipement d'injection contaminé par des substances contrôlées ou même des substances contrôlées, ne font aucune discrimination ou différenciation quant à ce qui est de la nature de ces substances ou du but de ces actes. Il estime par ailleurs que ces dispositions de la LCDAS empêchent la gestion de la dépendance et des risques qui lui sont associés telle que proposée par Insite. Pour ces raisons, il déclare ces sections de la LCDAS incohérentes avec l'article 7 de la Charte, et sans force ni effet et ce, jusqu'au 30 juin 2009. De ce fait, il accorde au gouvernement fédéral un délai d'un an pour légaliser l'accès aux services par les usagers du SIS et les actions des employés de Insite via la reformulation de ces sections. Tel qu'évoqué plus haut, cette décision a été portée en appel par le gouvernement fédéral. L'appel a été entendu en avril 2009. L'inconstitutionnalité des articles 4(1) et 5(1) déclarée par le premier jugement a été reconduite jusqu'à ce que le jugement soit rendu.

Bien que le jugement portant sur les services de santé dispensés par Insite ait été rendu en Colombie-Britannique et que la jurisprudence ne s'applique qu'à cette province et à ce service particulier et qu'il en sera de même pour le jugement de la Cour d'appel, sa portée sera vraisemblablement pancanadienne. Aussi, cette jurisprudence permet de réfléchir aux actions envisageables au Québec, étant donné que le SIS est un service identifié dans le Programme national de santé publique 2008 du MSSS.

Tenant compte du contexte légal décrit, il appert que le MSSS pourrait décider d'aller de l'avant avec l'idée d'implanter des services d'injection supervisée. D'une part, sur le plan légal, la situation des SIS est analogue à celle des programmes d'échange de seringues il y a une vingtaine d'années au Québec. En effet, les autorités de santé publique du Québec n'ont jamais obtenu d'exemption à l'article 56 de la LCDAS au fédéral pour mettre en place les programmes d'échange de seringues même si, techniquement, une telle exemption aurait été nécessaire. La même situation prévaut pour le SIS du Dr Peter Center de Vancouver où aucun exemption n'a été demandée et aucun problème ne semble troubler l'offre de service. De plus, la reconnaissance sociale, politique et professionnelle de l'approche de réduction des méfaits, depuis sa mise en œuvre au Québec, pourrait favoriser une plus grande ouverture dans l'application de la loi à l'égard des SIS.

D'autre part, la jurisprudence canadienne établie jusqu'à maintenant conclut qu'une exemption en vertu de la LCDSA n'est pas nécessaire pour opérer un SIS. Les articles de loi interdisant la possession et le trafic ont été jugés contraires aux droits à la vie et à la sécurité garantis par l'article 7 de la Charte. Aussi, il n'y a pas de raison apparente pour que la situation légale d'un SIS au Québec soit différente de celle d'un SIS situé en Colombie-Britannique. À cet égard, le jugement qui sera rendu sous peu par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique devrait être suivi attentivement. Ce suivi est d'autant plus important que le jugement portera également sur la question des compétences provinciales en matière de soins et services de santé.

3.4 L'IMPLANTATION DES SIS

Plusieurs documents décrivant l'implantation et l'opération de services d'injection supervisée dans le monde ont été publiés. Dans le cadre du présent avis, des documents de langue anglaise ou française provenant d'auteurs européens, australiens et canadiens ont été utilisés. Dans la majorité des cas, les SIS offrent l'accès à une salle d'injection ou de consommation supervisée qui s'inscrit dans un continuum de services de réduction des méfaits pour les personnes qui font usage de drogues. L'inscription des usagers est généralement obligatoire et certaines règles comme l'interdiction de s'initier à l'injection, de vendre ou d'échanger de la drogue ou d'assister un autre usager pour l'injection doivent être suivies.

3.4.1 Les SIS dans le monde

C'est à Berne, en **Suisse**, que le tout premier SIS fut implanté en 1986^[21,22,26,77,78]. En 1989, une évaluation légale sanctionnée par l'Office fédéral suisse pour la santé publique a conclu que l'ouverture de services d'injection supervisée par l'État ne viole pas la législation nationale suisse en matière de drogues pourvu que ceux-ci améliorent les conditions d'hygiène dans lesquelles la consommation a lieu. De même, s'ils fournissent une supervision médicale et défendent la vente de drogue, les SIS reçoivent le statut d'institutions médicales et sont exempts d'intervention policière. En 2004, une douzaine de SIS répartis dans sept villes suisses étaient opérationnels. La population visée par ces services est celle des personnes UDI ayant une dépendance sévère et prolongée à la drogue. La plupart des SIS sont réservés aux résidents des villes où ils sont implantés et quelques SIS contrôlent les entrées à l'aide d'une carte d'accès fournie aux utilisateurs inscrits. Depuis 2001, plusieurs SIS permettent la consommation de drogue par inhalation.

Aux **Pays-Bas**, le premier SIS voit le jour à Rotterdam en 1990^[26,27,39,79]. C'est en 1996 que des orientations légales prises dans le cadre d'une entente tripartite entre le maire de Rotterdam, la police et le procureur général viennent clarifier la possession de drogue dans les SIS. Elle est dorénavant tolérée, permettant ainsi à ces établissements d'opérer. En 2004, 22 SIS étaient en fonction dans 12 villes des Pays-Bas. Les groupes à qui s'adressent ces services sont essentiellement les consommateurs chroniques caractérisés par une piètre santé physique, sans motivation pour les traitements et réputés responsables du désordre public. La grande majorité des SIS sont réservés à l'usage de ces personnes qui doivent être des résidents en règle des Pays-Bas. Dans chaque localité, en moyenne 25 à 30 utilisateurs recrutés parmi les consommateurs les plus marginalisés sont inscrits dans ces services.

Dans le cas de l'**Allemagne**, les premières initiatives pour implanter des SIS remontent au début des années 1990 à Francfort et Hambourg^[26,80-82]. Après plusieurs démarches sur le plan légal, un amendement formel à la loi allemande sur les narcotiques est adopté en 2000 permettant l'ouverture de SIS. En 2004, 25 salles de consommation supervisée étaient fonctionnelles dans 14 villes allemandes, dont Berlin qui offre une salle mobile. Les consommateurs de drogue les plus difficiles à rejoindre et plus particulièrement ceux qui s'injectent en public sont visés par ce service. Un peu moins de la moitié des SIS allemands sont exclusivement réservés aux personnes qui consomment par injection. Les conditions d'admission aux services varient d'une région à l'autre. À Francfort et dans quelques SIS du

nord de la Westphalie, les utilisateurs doivent faire la démonstration qu'ils sont des résidents locaux.

Au début des années 2000, l'**Espagne** emboîte le pas et trois SIS dédiés exclusivement à l'injection seront successivement implantés dans les villes de Madrid, Barcelone et Bilbao en 2004^[26,83]. La Direction de la santé publique de la ville de Barcelone offre un service d'injection supervisée mobile dans un motorisé qui se déplace dans les quartiers où se trouvent des concentrations de consommateurs¹⁵. Les SIS ont été ouverts en réponse aux taux élevés de surdoses et pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes UDI^{16 [83]}. La population visée par les services est celle des personnes UDI exclues socialement, ceux ayant des pratiques à haut risque et les sans-abri. Les utilisateurs des SIS reçoivent une carte d'inscription à leur première visite et il n'y a pas de restriction d'accès en fonction du lieu de résidence.

En **Australie**, les débats sur la légalisation et la faisabilité d'implanter des lieux d'injection sécuritaire entamés en 1997^[24,68] ont permis l'ouverture du centre d'injection sous supervision médicale de Sydney en 1999, tandis que les projets de Victoria et de la Nouvelle-Galles-du-Sud n'ont jamais vu le jour faute d'appui^[84]. Le SIS de Sydney a ouvert ses portes en mai 2001^[43,68] sous une législation lui permettant de fonctionner en tant que projet de recherche scientifique. Il est situé dans une zone où les activités liées à la consommation sont omniprésentes et caractérisées par l'injection en public et la présence de nombreuses « piqueries »¹⁷. Le SIS a été implanté en réponse à une augmentation fulgurante des surdoses liées à la consommation d'héroïne et aux taux inquiétants d'infection au VHC chez les injecteurs australiens. Les consommateurs qui ne sont pas en contact avec le système de soin sont plus particulièrement visés par cette mesure. Il n'y a pas de restriction quant à l'accès au SIS, le client s'enregistre de manière anonyme et reçoit un code d'usager.

Finalement, en 2005 un SIS a été mis sur pieds en **Norvège** à Oslo, alors que le **Luxembourg** a pour sa part ouvert un SIS en 2006. Dans le cas de la salle de consommation de Luxembourg, un des SIS est situé à proximité de la gare de train, quartier très fréquenté par des populations marginales. La salle de consommation fait partie d'un ensemble de services tels que l'accès à du matériel d'injection stérile, des services sociaux et de santé ainsi qu'à de l'hébergement temporaire. La salle est ouverte en après-midi et le soir en présence de personnel médical¹⁸.

¹⁵ Information provenant du congrès international sur la réduction des méfaits à Barcelone en 2008.

¹⁶ Se référer à l'article de Anoro *et al.* (2003) voir référence #83 pour une description du programme EVA desservant une population d'UDI particulièrement marginalisée.

¹⁷ Les piqueries sont des lieux où plusieurs personnes se rencontrent pour s'injecter. Ils y trouvent les produits à consommer et souvent du matériel d'injection. Ce ne sont pas nécessairement des lieux de vente de drogues, mais davantage des appartements tenus par des consommateurs.

¹⁸ Communication personnelle, Jonathan Busca de TOX-IN (ABRIGADO), Luxembourg.

3.4.2 Les SIS au Canada

En 2001, le Groupe de travail canadien sur les lieux d'injection supervisée issu du comité fédéral-provincial-territorial (F/P/T) sur l'usage des drogues par injection^[85, 86] a examiné la faisabilité d'établir des projets de recherche scientifique et médicale en lien avec des services d'injection supervisée en se basant sur les expériences européennes^[87]. En mars 2002, avait lieu un forum avec des représentants de villes canadiennes intéressées par l'implantation de « sites d'injection supervisée » auquel participaient des groupes communautaires, des représentants municipaux, de la santé et des services policiers des villes de Vancouver, Victoria, Montréal, Québec et Winnipeg. Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique du Québec y avaient délégué des représentants. Ce forum avait pour objectif la mise en commun des informations sur les modalités d'implantation de projets de recherche médicale par les différents partenaires des villes intéressées par la mise en place d'un SIS. Suite à cette rencontre, la Direction de santé publique de Montréal^[88] et l'organisme communautaire Point de Repères de Québec^[89] ont évalué la faisabilité d'implanter des SIS dans leurs villes respectives. Le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a entériné en 2004 le principe d'implantation d'un SIS à Montréal. Finalement, le document d'orientation provisoire sur l'établissement de projet de recherche sur les SIS^[71] en vertu de l'article 56 de la loi sur les drogues et stupéfiants permettant d'obtenir une exemption a été mis en circulation par Santé Canada en décembre 2002.

À ce jour, seule des autorités de **Vancouver** ont poursuivi des démarches jusqu'à l'implantation de SIS^[30]. L'ouverture de Insite en 2003 a été rendue possible grâce à une demande d'exemption de la loi fédérale sur les drogues et autres substances à titre de projet de recherche scientifique^[71]. Le service d'injection supervisée est situé dans le quartier Downtown Eastside (DTES), reconnu comme un lieu de rassemblement des consommateurs de drogues et présentant un niveau de désordre public élevé. La population visée par ce service est celle des personnes UDI marginalisées souvent exclues des services de santé traditionnels. Les personnes qui s'injectent des drogues s'inscrivent pour avoir accès à la salle d'injection et l'accès n'est pas réservé uniquement aux résidents du secteur. Par ailleurs, la clinique Dr Peter Center offre, depuis 2002¹⁹, un endroit sécuritaire pour leurs patients qui ont besoin de s'injecter.

3.4.3 Les SIS au Québec

Au Québec, les programmes d'accès au matériel d'injection ont été implantés à partir de la fin des années 1980 et font l'objet d'un suivi continu et d'évaluations périodiques^[90-97]. Le développement de programmes de prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI, basé sur une approche de réduction des méfaits, et la mise en place d'un réseau de centres d'accès au matériel d'injection est une première réponse aux épidémies de VIH et de VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues. L'accès à des seringues stériles pour enrayer le partage du matériel d'injection contaminé et limiter la propagation des infections au VIH s'est avéré une mesure efficace^[8,9]. À cet égard, le Québec dispose d'un réseau

¹⁹ L'information peut être retrouvée sur le site Internet du Vancouver Sun à l'adresse suivante : <http://www.vancouversun.com/Health/Where+supervising+injections+part+nursing+practice/957199/story.html>.

étendu de centres d'accès au matériel d'injection qui s'appuie sur de nombreux partenaires, dont plusieurs établissements de santé^[90,93]. La participation de professionnels de la santé et de pharmaciens aux côtés des intervenants communautaires a permis de sensibiliser un grand nombre de partenaires à la fois à l'approche de réduction des méfaits et aux besoins de la population visée par cette mesure de prévention.

En 2002, une première initiative pour inscrire les services d'injection supervisée dans la programmation du Ministère est amorcée par monsieur Roger Bertrand, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la protection de la jeunesse et à la prévention^[98]. Le Programme national de santé publique (2003-2012)^[99] du MSSS contenait déjà une mention à l'effet de considérer l'implantation des SIS comme mesure de prévention. Le dépôt, par Santé Canada, du document d'orientation pour l'obtention d'exemption à la réglementation sur certaines drogues à des fins scientifiques^[71,100] en décembre 2002 permettait au Québec d'aller de l'avant dans le dossier des SIS.

Depuis, des réflexions ont été faites autour de la création de SIS incluant des services à bas seuil d'accessibilité pour les personnes UDI^[101,102] et un projet scientifique de prescription d'héroïne avec un service d'injection supervisée dans un contexte médical a été réalisé^[103], mais aucun service d'injection supervisée n'a été établi au Québec à ce jour.

4 ANALYSE CRITIQUE DES RECHERCHES ÉVALUATIVES SUR LES EFFETS DES SIS

4.1 MÉTHODOLOGIES

Depuis l'ouverture du premier SIS en Suisse en 1986, plusieurs chercheurs ont été impliqués dans l'évaluation de cette mesure. Au début, des études descriptives ont contribué à caractériser les SIS et leurs usagers^[78,79,81,82,104-108]. Récemment, les études ont porté sur la mesure des effets de ces interventions en fonction de cinq objectifs tel que présentés au Tableau 2 (section 3.1 page 8).

Objectif 1 : Rejoindre les populations d'usagers de drogues par injection qui n'accèdent pas aux services de santé existants et les fidéliser à la prévention et aux soins de santé primaires;

Objectif 2 : Diminuer la mortalité et la morbidité liées aux surdoses;

Objectif 3 : Réduire les risques de santé inhérents aux pratiques d'injection des personnes UDI en prévenant le partage du matériel d'injection et l'injection dans des conditions précipitées;

Objectif 4 : Minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics;

Objectif 5 : Stabiliser l'état de santé général des personnes UDI en favorisant le dépistage des ITSS, la vaccination contre les hépatites A et B, le traitement des infections, le traitement de la dépendance et la diminution de la transmission du VIH et du VHC.

4.1.1 Revue systématique de la littérature sur les effets des SIS

L'analyse critique de la littérature proposée dans le présent document porte sur des documents publiés dans des revues scientifiques entre 2003 et 2008 et des rapports produits par des agences mandatées pour effectuer l'évaluation de SIS. Il convient de signaler qu'une partie de la documentation, soit celle publiée en allemand, en néerlandais et en espagnol, n'a pas été analysée dans le présent avis. Les documents contenant des informations sur les caractéristiques des usagers, sur l'usage de drogues et les pratiques à risque pour la santé ainsi que sur l'utilisation des services de santé ont été synthétisés au Tableau 3 (annexe A). Autrement les résultats sont discutés dans le texte avec une référence aux auteurs.

La documentation sur les effets des SIS devait cibler au moins un des cinq objectifs décrits au Tableau 2. Les résultats d'évaluation publiés dans des périodiques scientifiques avec comités de lecture ont été privilégiés. À cet égard, toutes les études réalisées et publiées autour de Insite de Vancouver ainsi que celles concernant le service d'injection supervisée de Sydney, en Australie, ont été recherchées systématiquement. Les équipes de recherche de ces deux villes ont mené le plus grand nombre de recherches scientifiques publiées au cours des dernières années. Les recensions bibliographiques effectuées par ces auteurs ont aussi fait l'objet d'une vérification afin de repérer toutes autres recherches qui auraient été publiées sur les effets des SIS. Par ailleurs, certaines évaluations non publiées dans des

revues scientifiques ont été considérées afin de corroborer, compléter ou nuancer certains résultats présentés dans les recherches scientifiques.

En ajout aux recherches scientifiques mentionnées précédemment, des recherches permettant de saisir des éléments ou des processus sociaux et politiques pouvant influencer des effets observés ont été inclus dans la recension des écrits. Par exemple, une analyse des processus de gouvernance métropolitaine autour des services de réduction des méfaits permet de comprendre pourquoi la concentration d'un grand nombre de services de réduction des méfaits (dont fort probablement des SIS) et la création de zones ouvertes de tolérance du commerce et du trafic de drogues ont pu résulter en une concentration des consommateurs et des trafiquants dans certains lieux publics comme ce fut, notamment le cas à Zurich (Suisse) à une certaine époque.

La rationalité d'intervention étant similaire dans le cas des SIS et les programmes d'accès au matériel d'injection²⁰, certaines études scientifiques qui ont porté sur les liens entre les programmes d'accès au matériel d'injection et l'entrée en désintoxication des personnes UDI utilisant ces services ont aussi été retenues. Les SIS étant par ailleurs intégrés au sein des programmes d'accès au matériel d'injection, cela a permis de corroborer, compléter ou nuancer certains résultats de recherche.

4.1.2 La recension des écrits

Dans le but de retracer les documents pertinents pour l'analyse, les banques bibliographiques comme PubMed, Santécom, Repères et Ariane ont été consultées. La recherche a été effectuée par nom d'auteur et sur la base des mots clés suivants : salles de consommation; salles d'injection; local d'injection supervisée; service d'injection supervisée; politique drogues; gouvernance drogues; réduction méfaits; *consumption room*; *safe injection facility*; *safe injection service*; *drug policy*; *governance drug*; *harm reduction*. Par la suite, les bibliographies des documents recensés ont fait l'objet d'un examen attentif pour identifier les productions qui n'auraient pas été retracées par les autres moyens. Les sites Web du International Network of Drug Consumption Rooms (<http://indcr.org>), de la Urban Health Research Initiative (<http://uhri.cfenet.ubc.ca>) et l'EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu>) ont été parcourus avec attention. Finalement, pour compléter l'examen des documents publics, une recherche par nom d'auteur et par mots clés sur Internet et dans certains cas, un contact personnel avec les chercheurs qui ont mené des recherches sur les SIS ont permis d'ajouter des documents à la liste des ouvrages soumis à l'analyse. La bibliographie complète des références consultées comporte plus de 250 titres et elle est disponible auprès des auteurs du présent rapport.

²⁰ Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de rejoindre une population qui accède peu aux services sociaux et de santé existants en offrant des services à bas seuil d'accessibilité.

4.1.3 Principes et critères d'évaluation de la qualité scientifique des études sur les effets des SIS

L'évaluation de la qualité scientifique des recherches porte uniquement sur les recherches qui visent à mesurer les effets des SIS publiées dans des revues scientifiques avec comité de lecture. D'entrée de jeu, il convient de rappeler le fait que les articles recensés dans cet avis ont tous déjà subi une évaluation de leur qualité scientifique par des pairs. Dans le cadre de cette démarche évaluative, il est ainsi postulé qu'elles posent des questions et qu'elles déploient des méthodologies scientifiquement légitimes et qu'elles sont de qualité satisfaisante – et ceci, dans la diversité des types de questionnement et des méthodologies qu'elles mobilisent.

Aussi, plutôt que de procéder en fixant un cadre d'évaluation qui accorde a priori une plus grande valeur à un type de questionnement et de méthodologie posé comme idéaux (ce qui correspondrait à une évaluation critique externe des recherches), cette évaluation a été réalisée en fixant des critères qui permettent d'évaluer les recherches en fonction de la cohérence des rapports entre les questions qu'elles posent, les méthodologies qu'elles déploient, les résultats qu'elles produisent et les conclusions qui en sont tirées par les auteurs. Il s'agit donc d'une évaluation critique interne, car le questionnement qui sous-tend cette évaluation est moins « est-ce que chaque recherche correspond au plus haut standard scientifique qui pourrait être établi » que « est-ce que les recherches sont valides et fiables dans les réponses qu'elles apportent aux questions posées et est-ce que les conclusions que les auteurs tirent sont conséquentes avec les résultats »? Autrement dit, dans le cadre de l'évaluation, l'équipe sur l'avis sur les SIS s'interroge sur l'adéquation des modes d'investigation (ethnographie, expérimental ou quasi-expérimental, sondage etc.) et des techniques de collecte de données (entrevues semi-dirigées, questionnaires, etc.) eu égard aux questions posées et sur la cohérence entre les réponses données et les méthodologies mobilisées. Le jugement ne porte pas sur la valeur des questions ni des méthodologies en fonction d'un standard absolu. Par exemple, l'équipe se questionnera sur la pertinence et sur les conséquences de l'utilisation d'un questionnaire administré par un interviewer comme technique de collecte mobilisée pour évaluer des perceptions des activités éducatives sur les pratiques d'injection dispensées dans un SIS.

L'évaluation mobilise deux étalons assez largement reconnus en sciences sociales pour apprécier la qualité scientifique d'une recherche ou d'un ensemble de recherches, soit la validité et la fiabilité. La validité renvoie, de manière générale, à la capacité des recherches à saisir leurs objets adéquatement et, de manière spécifique, à la capacité d'un instrument à mesurer (c'est-à-dire à attribuer une valeur quantitative ou qualitative) le phénomène objectif. À cet égard, **la validité interne**, la **validité externe** et la **validité conceptuelle** sont les trois dimensions de la validité que nous voudrions évaluer. Pour apprécier la **validité interne**, il s'agira de répondre à la question « est-ce que l'hypothèse identifie et lie adéquatement les concepts ou variables? ». Par exemple, est-ce que les facteurs de risque et leurs conséquences identifiés dans telle recherche sur les surdoses sont fondés sur des concepts et arguments scientifiques conséquents? Pour apprécier la **validité externe**, il s'agira de se demander « est-ce que les résultats peuvent être généralisés ou étendus à d'autres situations? » Par exemple, l'on se demandera si les résultats d'une recherche concernant l'effet d'un SIS sur le nombre de surdoses dans une population composée

principalement de personnes s'injectant de l'héroïne peuvent permettre d'appréhender des résultats similaires dans un contexte d'usage prédominant de cocaïne. Pour la **validité conceptuelle**, le questionnement portera sur la capacité des indicateurs employés à rendre compte des concepts ou variables formant l'hypothèse. Par exemple, l'on se demandera si le nombre d'injecteurs en public peut être considéré comme un indicateur valable de l'ordre public. La fiabilité renvoie à la capacité des méthodologies de recherche employées de mesurer toujours les mêmes phénomènes et à la concordance des observations réalisées à partir des mêmes instruments. Ainsi, une recherche sera jugée fiable si la méthodologie de recherche qu'elle mobilise peut toujours permettre de mesurer le même phénomène. Par exemple, l'on se demandera si le nombre d'injections en public dans un lieu donné a été mesuré en tenant compte de facteurs extérieurs comme la pluie ou les activités policières.

Les études qui présentent des données permettant d'apprécier les effets des SIS sur les personnes à qui ils sont destinés ou sur l'environnement des SIS sont classées selon l'année et selon le nom du premier auteur (Tableau 3; annexe 1). La validité et la fiabilité de ces études sont décrites à l'aide de commentaires évaluatifs annoncés par les termes « fiabilité », « validité conceptuelle », « validité interne » ou « validité externe ». Notons que les auteurs des recherches publiées ont généralement identifié certaines limites inhérentes à leurs recherches. Toutefois, elles ne sont pas automatiquement reportées dans le tableau. Seules les limites apparaissant significatives à l'objet de l'évaluation (la cohérence entre les questions générées, les méthodologies employées pour y répondre, les résultats produits et les conclusions tirées) ont été retenues. De la même manière, certaines des limites inscrites dans ce tableau n'ont pas été identifiées par les auteurs des recherches publiées.

Comme il existe des enjeux conceptuels et méthodologiques transversaux à l'ensemble des recherches sur les SIS, une évaluation globale de la façon dont les recherches permettent de répondre à ces enjeux est aussi développée au point 4.2. Afin d'éliminer la redondance et de faciliter la compréhension, les remarques sur les forces et faiblesses qui étaient attribuées à plus d'une recherche sont traitées pour l'ensemble des études. Par exemple, la façon dont les recherches en général permettaient d'isoler les effets des SIS par rapport à d'autres interventions de réduction des méfaits mises en œuvre dans les mêmes secteurs ou villes ont été traités globalement.

Finalement, seuls les articles publiés dans des revues scientifiques entre 2003 et 2008 sont réunis dans le tableau synthèse de l'annexe A. Certains aspects méthodologiques (nombre de sujets de l'étude, échantillonnage, but et type d'étude), certaines variables sur les caractéristiques des participants, celles sur les pratiques à risque pour la santé et celles permettant de rendre compte de l'insertion sociale, de l'environnement des SIS et de l'utilisation des services sociaux et de santé sont répertoriés systématiquement.

4.2 PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS

Il convient de mentionner que les travaux de Dolan *et al.*^[41], Kimber *et al.*^[32,109], Broadhead *et al.*^[110], Elliot *et al.*^[111] et plus particulièrement, ceux de Hedrich en 2004^[26] ont permis de synthétiser l'information provenant à la fois de la littérature scientifique et de la littérature grise pour la période avant 2004. Compte tenu de la richesse des informations et de la pertinence des travaux effectués par le European Monitoring Center for Drug and Drug

Addiction (EMCDDA)^[26], l'équipe sur l'avis sur les SIS de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'en est inspirée. Outre ces documents de base, 60 références ont été retenues pour l'analyse critique sur l'effet des SIS. De ces documents 40 ont été inclus dans le Tableau 3 et commentés dans le texte et 20 ont été uniquement commentés dans le texte.

4.2.1 Rejoindre les populations visées

Les résultats d'évaluation portant sur les caractéristiques des usagers des SIS européens recensés par Heidrich^[26] mettent en évidence une population composée d'injecteurs de sexe masculin qui s'injectent depuis plusieurs années et pour qui l'offre de traitement en dépendance n'a jamais permis d'éliminer la consommation de drogues illicites. Les injecteurs récemment initiés, peu nombreux au début de l'implantation des SIS européens, ont tendance à se faire de plus en plus rares. La moyenne d'âge des usagers augmente dans le temps et ce sont des consommateurs avec une fréquence élevée d'injections présentant des conditions de vie précaires qui utilisent ces services^[26]. Les premières études ont montré qu'une proportion non négligeable (42 % à Sydney^[29] et 20 % à Genève^[104]) des usagers des SIS s'injecteraient dans des lieux publics s'il n'y avait pas de SIS. La proportion des personnes sans domicile fixe ayant fréquenté les SIS varie entre 20 %, 30 % voire 60 %^[83] dans certains cas. Toutefois, cette mesure dépend beaucoup des conditions d'admission des personnes dans les SIS qui peuvent favoriser davantage les consommateurs sans domicile fixe^[83]. Les usagers des SIS européens ont aussi des antécédents d'incarcération dans 50 à 75 % des cas^[26].

Des études, menées auprès des usagers des SIS de Hambourg^[80], de Rotterdam^[79], de Genève^[77], de Sydney^[29,112] et de Vancouver^[38,57,113-118] indiquent une population d'usagers de drogues dont l'âge se situe au début de la trentaine à Genève et Sydney, et à plus de 35 ans pour Hambourg et Vancouver (Tableau 3; annexe 1). Les femmes représentent entre 23 % et 30 % des usagers des SIS et, à Vancouver, près de 20 % des usagers sont autochtones. Les utilisateurs de Insite sont des injecteurs réguliers d'héroïne et de cocaïne, sans domicile fixe, qui rapportent avoir fait récemment une surdose et dont la consommation se faisait dans les lieux publics avant l'ouverture du SIS^[38]. Des observations similaires sur les produits consommés et l'injection dans les lieux publics avaient été faites par les évaluateurs des SIS de Francfort^[81], de Rotterdam^[79], de Hambourg^[82], de Genève^[77] et de Sydney^[29,112].

L'étude de Kerr *et al.*^[38] réalisée auprès d'une population d'UDI de la cohorte VIDUS²¹ recrutée dans le Downtown East Side (DTES) démontre que les utilisateurs de Insite sont des personnes UDI à risque élevé pour la transmission des infections au VIH et au VHC et pour les surdoses. Ces personnes contribuent aussi au problème d'usage de drogue en public ainsi qu'aux rebus liés à l'injection de drogue et laissés dans des endroits inappropriés. Les participants à la cohorte SEOSI²², recrutés parmi les utilisateurs de Insite, présentent des conditions similaires à ceux de la cohorte VIDUS^[60,119,120]. L'étude de Milloy *et al.* (2008)^[117] montre que plus de la moitié des répondants à la cohorte SEOSI ont déjà été

²¹ Vancouver Injection Drug User Study.

²² Scientific Evaluation of Supervised Injection.

incarcérés et que ces derniers présentent des facteurs de risque plus élevés pour l'instabilité résidentielle, l'injection en publique et la transmission du VIH et du VHC.

Par contre, il apparaît important de souligner le fait que les SIS n'autorisent généralement pas l'assistance aux injections par un pairs ou par le personnel du SIS. Cette règle laisse un doute sur la capacité à rejoindre les personnes qui ne s'injectent pas seules et des efforts doivent être faits pour rejoindre ce segment de la population UDI.

4.2.2 Diminuer la mortalité et la morbidité liées aux surdoses

Plusieurs services d'injection supervisée ont été mis en place en vue de diminuer le nombre de décès par surdose. La présence de personnel pouvant intervenir en cas de surdose pour prévenir les décès et les complications de santé constitue un élément clé des SIS. Même si les surdoses sont généralement associées à la consommation d'héroïne (Francfort 81 %^[26], Barcelone plus de 80 % des cas^[83], Sydney 81 %^[29,68], Vancouver 70 % et 88 % lorsqu'on inclut les autres opioïdes^[60], plusieurs études indiquent qu'entre 12 % et 15 % des cas sont liés à la cocaïne^[29,60,83] (Tableau 3; annexe 1). Anoro *et al.*^[83] rapportent que 12,5 % des interventions médicales d'assistance aux personnes en danger ont été associées à des réactions sévères à la cocaïne (anxiété, état de panique, arythmie, convulsion ou symptômes neurologiques) et signalent que cette situation est en augmentation.

Dans les études européennes, les taux de surdoses et de situations urgentes par 1000 injections sont très variables entre les différents pays. Alors que la Suisse et l'Espagne enregistrent des taux variant entre 0,5 et 1,8 par 1000 injections, l'Allemagne oscille entre 1,6 et 6,8 par 1000 injections^[26]. Plus récemment, les taux observés pour Sydney^[29] 7,2 par 1000 injections (329 surdoses en 12 mois) et Vancouver^[121] 1,33 par 1000 injections (336 surdoses en 18 mois) sont aussi très variables. Par ailleurs, les auteurs précisent qu'il n'y a pas eu de décès et qu'aucune surdose n'a résulté en un état végétatif permanent au SIS de Vancouver^[121]. Les interventions du personnel médical (l'administration d'oxygène : 87 %, la demande d'ambulance : 39 % et l'administration de naloxone²³ : 27 %) ont en effet permis de contrer les risques de décès ou de complications sérieuses^[121]. Les données pour le MSIC de Sydney sont similaires avec l'administration de naloxone dans 22 % des cas et aucun décès par surdose^[68]. Comme le signalait Heidrich^[26], les SIS qui bénéficient de la présence de personnel infirmier, de médecins ou de personnel qualifié pour administrer le naloxone font beaucoup moins appel aux services ambulanciers dans les cas de surdoses. C'est le cas pour Vancouver où seulement 8 % des surdoses ont résulté en transfert vers l'hôpital^[121] et Sydney où 98 % des surdoses ont été traitées sur place par le personnel du SIS^[29] alors que certains SIS en Allemagne requièrent l'assistance des services ambulanciers dans 50 % à 70 % des cas^[26]. Par contre, ces cas sont très rarement transportés aux urgences puisqu'ils se résolvent souvent avant même l'arrivée des ambulanciers. Une des principales raisons pour demander l'assistance des ambulanciers reposait sur le fait que seuls les médecins étaient autorisés à administrer le naloxone. Cette situation a été corrigée depuis^[26].

²³ Le naloxone (Narcan®) est utilisé dans le traitement de dépressions respiratoires dans les cas de surdoses aux opioïdes.

Les chercheurs de Sydney^[29] et de Vancouver^[122] se sont aussi intéressés au nombre de surdoses évitées par la présence des SIS. L'estimation, basée sur le taux de surdoses non létales (à partir de données provenant d'études publiées sur le sujet) divisé par le nombre de surdoses létales (statistiques sur les décès par surdose) vise à définir le nombre de surdoses fatales potentielles (définies comme des événements qui ont demandé l'administration de naloxone, le recours au 911 ou l'ambulance au SIS) évitées. Le MSIC aurait permis d'éviter 27 décès sur une période de 18 mois^[29], tandis que Insite aurait contribué à éviter entre 8 et 51 décès^[122] si les surdoses étaient survenues dans la communauté.

Dans son analyse des SIS européens Heidrich^[26] avait mis en évidence l'effet des SIS sur la réduction des surdoses par la présence de personnel qualifié pour conseiller les usagers sur les risques associés à la combinaison de drogues et les règles limitant cette pratique dans les SIS. Les conseils sur le dosage, la réduction des pressions de l'environnement tout comme la présence de services d'urgence sont autant de facteurs qui contribuent à réduire le nombre de surdoses. Des observations similaires ont été faites dans le cadre d'entrevues qualitatives réalisées auprès des participants à la cohorte SEOSI. Les SIS permettent de sortir les injecteurs itinérants de la rue, pouvoir s'injecter en présence de personnel formé aux situations d'urgence. Ils permettent ainsi de réduire les conséquences d'une surdose surtout lorsque le produit est adultéré, de pureté ou de composition inconnue et d'offrir une réponse rapide et efficace aux surdoses^[123].

L'utilisation du SIS n'a pas non plus eu d'effet indésirable en induisant une augmentation de la fréquence des surdoses chez les usagers^[124]. L'étude de Poschadel *et al.*^[82] montre une diminution significative des surdoses dans quatre villes allemandes où il y a des SIS. Les premières analyses produites par l'équipe d'évaluation du MSIC n'indiquent pas de changement dans le nombre de surdoses suite à l'implantation du SIS^[29]. Par ailleurs, une étude publiée en 2007^[125] indique une baisse de 80 % des transports en ambulance pour des surdoses dans le secteur immédiat du SIS et de 45 % dans les arrondissements adjacents. Toutefois, il faut noter que cette baisse importante pourrait, en partie, être attribuable à une diminution de la disponibilité de l'héroïne observée dans les mois précédant l'implantation du SIS. Cette situation aurait eu un impact sur les décès par surdoses et ce, même avant l'ouverture du SIS ce qui empêche de distinguer clairement entre le rôle du SIS et la diminution du produit^[29]. La baisse du nombre de surdoses observée à Vancouver pourrait, elles aussi, être expliquée par des facteurs plus larges qui ont accompagné l'implantation du SIS comme la mise en place d'intervention en réduction des méfaits^[126], une plus grande accessibilité au traitement à la méthadone^[127] et l'adoption d'une stratégie nationale d'action en toxicomanie^[16].

À la lumière des données auto-rapportées par les usagers de drogues lors de l'évaluation des SIS, la proportion de surdoses non létales survenues hors du SIS serait de 8 % à 12 % en 6 mois pour Vancouver^[124] et 13 % sur 12 mois pour Sydney^[112]. La proportion d'usagers rapportant au moins une surdose dans leur vie varie entre 45 %^[112] et 65 % à 72 %^[81]. Les principaux facteurs pouvant être associés aux surdoses sont, au-delà de l'usage d'héroïne, le fait d'avoir besoin d'aide pour s'injecter, d'avoir été victime d'abus, l'usage de drogues dans les lieux publics, le travail du sexe, les contraventions limitant l'accès au SIS^[124], la consommation intensive durant une courte période et le fait d'avoir déjà fait une surdose^[121].

Les résultats d'une recherche qualitative sur l'utilisation du SIS et la gestion des surdoses auprès d'un sous échantillon de la cohorte SEOSI montrent que Insite semble jouer un rôle important dans la gestion des risques et des conséquences des surdoses chez les usagers de drogues, et plus particulièrement pour celles qui surviennent dans les espaces publics^[123]. Les répondants indiquent que la rapidité de la réponse médicale à la surdose et le fait de ne plus être obligé de s'injecter en solitaire dans les lieux privé ou public améliorent la capacité individuelle à prévenir les surdoses et leurs conséquences.

Il convient par ailleurs de souligner l'absence d'études portant spécifiquement sur les situations d'urgence en lien avec la consommation de cocaïne. Les quelques références faites dans le cadre des études recensées indiquent qu'il sera de plus en plus important de considérer les réactions sévères à la cocaïne (anxiété, état de panique, arythmie, convulsion ou symptômes neurologiques) et de développer des interventions médicales d'assistance aux personnes en danger^[26, 83]. Les autorités de santé de Barcelone ont d'ailleurs développé un protocole pour répondre à ces situations particulières. Pour le Québec, ce point est de toute première importance puisque les personnes UDI s'injectent principalement de la cocaïne.

En conclusion, la présence de SIS a pour effet de diminuer le nombre de surdoses dans l'ensemble de la communauté où ils sont implantés. La disponibilité de personnel compétent assure une réponse rapide lors de situations urgentes que ce soit pour une surdose ou des réactions sévères à la cocaïne ou tout autre produit pouvant provoquer une intoxication. La présence d'un SIS dans une ville a aussi pour effet de diminuer le recours aux urgences et aux services policiers pour le traitement des surdoses qui autrement peuvent survenir dans les lieux publics.

4.2.3 Réduire les risques de santé associés aux pratiques d'injection

Par la création d'espaces sécuritaires et hygiéniques pour l'injection, l'accès à du matériel stérile et le déploiement d'activités éducatives, les SIS visent à réduire les risques de santé inhérents aux pratiques d'injection des personnes UDI. En effet, les études sur les SIS montrent que les personnes qui les fréquentent sont particulièrement à risque de développer divers problèmes de santé en raison de leurs conditions et mode de vie.

4.2.3.1 La création d'environnements sécuritaires

Les premières études réalisées lors de l'ouverture des premiers SIS en Europe montrent une population très marginalisée et exposée à de nombreux problèmes de santé^[26]. Les études publiées après 2003 vont aussi dans le même sens (Tableau 3; annexe 1). La présence de comportements à risques^[128,129], d'infections cutanées/thromboses des veines/ abcès^[29] et une prévalence élevée des infections au VIH et au VHC^[130] caractérisent les usagers des SIS. L'accès à un espace physique sécurisé pour l'injection permet de minimiser les pressions de l'environnement et constitue un avantage pour favoriser l'adoption de comportements sécuritaires et réduire les risques liés à la santé.

Une recherche ethnographique portant sur les lieux physiques d'injection^[131] montre que les injecteurs publics s'injectent le plus souvent dans les endroits déserts des ruelles pour être à

l'abri des regards rendant les interventions en cas de surdoses plus difficiles. De plus, ces endroits servent de toilettes publiques comportant des risques d'infection lorsque le matériel d'injection tombe au sol. Les ruelles sont aussi des lieux surveillés par la police et fréquentés par des agresseurs potentiels, entraînant une précipitation de l'injection et un obstacle aux pratiques d'injection sécuritaire. Pour les femmes, il semble que le SIS de Vancouver représente une solution de remplacement pour réduire la violence à laquelle elles sont exposées lorsqu'elles s'injectent dans la rue^[132].

L'idée de créer des environnements sécuritaires pour l'injection était aussi une source d'inquiétude pour les promoteurs de ces projets qui craignaient que des usagers s'initient à l'injection dans les SIS. D'ailleurs, une des politiques des SIS est de refuser les usagers qui s'injectent pour la première fois. Pour documenter ce phénomène, les chercheurs de Vancouver ont mené une enquête afin de déterminer si la première injection chez les usagers de Insite correspondait à la période d'opération du SIS. Il appert que 14 des 1065 participants à la cohorte SEOSI ont commencé à s'injecter depuis l'ouverture du SIS, mais seulement 1 participant rapporte s'être initié au site^[116]. En extrapolant les données aux quelque 5 000 usagers du SIS, les auteurs estiment à environ cinq le nombre de personnes qui auraient effectué leur première injection à Insite^[116].

Une autre crainte formulée entourant la mise en place de SIS est associée à l'augmentation de la consommation ou l'incitation à ne pas abandonner la consommation. Une étude menée à Vancouver^[133] indique aucun changement significatif entre les modes de consommation avant et après l'ouverture du SIS sinon une baisse des rechutes en consommation de type « binge »²⁴ (13 % vs 8 %) et une augmentation de la consommation de crack (21 % vs 29 %). Des évaluations antérieures^[29,79,82,104] montraient des variations soit à la hausse soit à la baisse dans la consommation sans que l'on puisse conclure que les SIS sont responsables de ces oscillations. Heidrich^[26] fait remarquer, à juste titre, qu'une multitude de facteurs peuvent influencer la consommation de drogues incluant des événements dans la vie des usagers et la disponibilité des produits sur le marché de la drogue. Il demeure hasardeux de conclure que la fréquentation d'un SIS peut avoir des effets positifs ou négatifs sur la consommation des usagers en l'absence de données sur l'environnement.

Finalement, les études ne révèlent pas de conséquences négatives à la création d'environnement sécuritaire pour l'injection de drogues. À l'inverse, elles montrent que ce sont les personnes les plus désorganisées socialement qui bénéficient davantage de la présence de ces services. Comme l'indiquaient les résultats d'études réalisées avant l'ouverture de Insite, les personnes les plus susceptibles de fréquenter ces lieux sont des injecteurs fréquents d'héroïne et de cocaïne, qui s'injectent dans les lieux publics, s'adonnent au travail du sexe, ont besoin d'assistance pour se faire leur injection et ont de la difficulté à trouver des seringues stériles^[57,113].

²⁴ La consommation de type « binge » fait référence à une consommation soutenue et importante au cours d'une même période. Dans le cas de l'usage de drogues, l'épisode de consommation intensive peut durer plusieurs jours sans interruption.

4.2.3.2 Les activités éducatives

Pour évaluer l'effet de l'enseignement à l'injection sécuritaire, les chercheurs de Vancouver ont mesuré un ensemble de pratiques à l'entrée des sujets dans la cohorte SEOSI et lors des suivis aux 6 mois. Malgré une proportion jugée trop élevée de comportements non sécuritaires, il appert que l'enseignement fait par le personnel infirmier a permis d'augmenter significativement la proportion de ceux qui chauffent le produit avant l'injection (Entrée 38 % - Suivi 41 %), nettoient le site cutané d'injection (E 37 % - S 39 %), utilisent un garrot (E 35 % - S 38 %), se font leurs injections sans assistance (E 42 % - S 49 %), filtrent leurs drogues (E 52 % - S 55 %), vérifient la position de l'aiguille avant l'injection (E 52 % à S 57 %) et utilisent de l'eau stérile (E 81 % - S 87 %)^[134]. Les femmes, les personnes qui ont besoin d'aide pour faire leur injection, celles qui ont une consommation de type « binge » et celles qui ont une fréquentation élevée du SIS ($\geq 75\%$ et plus de ses injections au SIS) rapportent davantage recevoir de l'enseignement sur l'injection sécuritaire^[134] (Tableau 3; annexe 1).

Une étude qualitative réalisée auprès de 50 personnes de la cohorte SEOSI indique que les activités éducatives ont permis de combler plusieurs lacunes entourant les techniques d'injection sécuritaire prévenant ainsi d'importants problèmes de santé, dont les infections cutanées^[135]. Les participants estiment que les activités éducatives à Insite sont particulièrement efficaces en comparaison de celles fournies dans le cadre d'autres activités de prévention comme l'accès aux seringues. La démonstration de l'injection sécuritaire au moment de la consommation s'avère plus efficace que le simple enseignement des pratiques sécuritaires. Une fréquentation répétée du SIS permet la répétition des contacts avec des professionnels qui ne jugent pas et qui « savent de quoi ils parlent ». De plus, les pratiques sécuritaires apprises au SIS se transposent à la consommation à l'extérieur du SIS. Des données sur l'usage du condom^[136] montrent aussi une utilisation constante avec les partenaires occasionnels et les partenaires séropositifs, indiquant des bénéfices possibles associés à la fréquentation du SIS.

4.2.3.3 Les changements dans les pratiques d'injection

De manière générale, la fréquentation d'un SIS est associée à des changements positifs dans les pratiques d'injection^[29,79,80,134,137,138]. Les utilisateurs plus assidus seraient plus susceptibles de changer leur pratique^[29,137] (Tableau 3 annexe 1). Des auteurs notent, à juste titre, que les réponses auto-rapportées peuvent être affectées par un biais de désirabilité sociale^[139]. Toutefois, lorsque les données sur la réduction des injections en public et sur les rebuts laissés dans les lieux publics sont triangulées avec des mesures plus objectivistes sur l'ordre public ils observent une cohérence entre les résultats des deux études permettant de renforcer les résultats auto-rapportés.

Les études réalisées depuis 2003 montrent que les utilisateurs des SIS sont autant des consommateurs d'héroïne que de cocaïne^[68,80,121] chez qui l'emprunt (entre 9 % et 26 %) et le prêt (17 % chez les VIH +)^[129] sont des comportements encore présents. Parmi les autres pratiques à risque, la consommation de type « binge »^[60,128] et la fréquentation de piqueries^[60,129] sont susceptibles d'augmenter le partage du matériel d'injection^[128]. Par contre, les auteurs notent que la fréquentation du SIS constitue un facteur de protection

contre le partage de seringues^[128] et, entraîne une baisse de l'emprunt de seringues chez les séronégatifs et du prêt chez les séropositifs consécutive à l'utilisation du SIS^[129].

Les enquêtes qui ont porté sur les comportements à risque des utilisateurs des SIS aux Pays-Bas, en Suisse, en Allemagne et en Australie ont aussi montré une amélioration des pratiques sécuritaires et une diminution des pratiques à risque dans la majorité des cas. Par ailleurs comme le soulignait Heidrich^[26], les résultats de ces évaluations reposaient principalement sur des données auto-rapportées et certaines mesures pré-post exposition présentaient des résultats contradictoires. Les résultats produits dans le cadre de l'évaluation de Insite semblent probants et la poursuite des observations grâce à l'enrôlement des participants au sein d'une cohorte permettra de valider les observations à plus long terme.

4.2.4 Minimiser les nuisances associées à l'injection dans les lieux publics

L'une des craintes les plus souvent exprimées à propos des services d'injection supervisée a trait au désordre public qu'ils pourraient générer dans les secteurs d'implantation. La fréquentation du service par un grand nombre de consommateurs suscite des inquiétudes quant aux nuisances occasionnées aux citoyens résidents dans le quartier ou pour les commerçants du secteur. Contrairement aux appréhensions, les résultats de la majorité des études montrent des effets bénéfiques sur l'ordre public et sur la qualité du milieu de vie là où il y a présence de SIS. Les premiers résultats de l'évaluation de Insite^[140] tout comme ceux du MSIC de Sydney^[29,45] ont aussi démontré que les impacts négatifs anticipés tels que l'augmentation du trafic de drogue dans les environs du SIS et l'augmentation des taux de criminalité n'étaient pas fondés.

Les auteurs qui ont analysé les statistiques sur la criminalité dans les zones d'implantation des SIS ont exploité différentes bases de données et ont eu recours à des méthodes statistiques parfois complexes pour tenter de mesurer l'impact des SIS sur l'environnement. Des études ont porté sur les patrons historique et géographique de la criminalité (les délits, les vols et les activités illégales reliées aux drogues)^[141,142] et sur le désordre public dans les secteurs où opèrent les SIS^[139,140]. Aucune variation temporelle ou géographique significative dans les infractions contre les biens ou les personnes n'a été rapportée dans les études réalisées à Vancouver^[142] et à Sydney^[29,141]. Les auteurs concluent que l'ouverture de Insite et du MSIC n'ont eu aucun effet sur le nombre de vols commis dans les secteurs entourant ces services ou sur le nombre d'infractions aux lois interdisant l'usage ou le trafic de drogues.

L'injection dans des lieux publics constitue aussi une barrière au maintien de l'ordre public et plusieurs recherches ont porté sur la caractérisation des consommateurs qui s'injectent dans des espaces publics^[38,60,80,118,124,143,144] et sur les inconvénients liés à cette pratique^[131,137,139,145]. À Vancouver, le SIS est aussi fréquenté par une proportion significative de personnes sans domicile fixe^[118]. Il offre donc une alternative à l'injection en public. Les études européennes ont aussi fait la démonstration qu'une importante proportion de la clientèle fréquentant les SIS rapporte être sans domicile fixe^[26]. Par conséquent, une augmentation de l'accès à ce type de services représenterait une opportunité de réduire le phénomène d'injection en public.

Une étude entourant l'implantation du SIS de Vancouver^[139] basée sur quatre indicateurs de désordre public (nombre d'usagers s'injectant en public, nombre de seringues et autre matériel jetés dans les lieux publics et nombre de trafiquants de drogues présumés dans le secteur) montre des effets positifs suite à l'ouverture du SIS. Même en contrôlant pour des variables telles que la présence policière et l'abondance de la pluie, (ces variables peuvent avoir un impact sur le nombre d'usagers s'injectant en public, sur les seringues et le matériel d'injection autre jetés dans les lieux publics) les auteurs concluent à des résultats significativement positifs^[139]. Les auteurs rapportent que ces résultats sont aussi concordants avec les statistiques compilées par la ville de Vancouver sur la récupération du matériel d'injection dans les lieux publics. Des études ont aussi démontré que l'utilisation du SIS entraînait une diminution de l'injection dans les lieux publics et la récupération de manière plus sécuritaire des seringues par les personnes UDI^[29,80,137]. Des résultats similaires avaient été observés dans les rapports d'évaluation des SIS européens^[26,81].

4.2.4.1 Les zones de tolérance

Pour être appréciés à leur juste valeur, les effets neutres ou positifs des SIS sur l'ordre public doivent être situés dans les régimes de politiques publiques dans lesquels les SIS sont implantés. De fait, Kubler *et al.*^[42] en se basant sur des entrevues auprès d'acteurs clés et sur des observations non systématiques, documentent des effets de concentration d'usagers dans les quartiers centraux de certaines villes européennes où des politiques de réduction des méfaits ont été mises en œuvre (dont certaines comprenaient des SIS). Les auteurs expliquent ces effets de concentration par l'implantation de services de réduction des méfaits au sein de zones ouvertes de tolérance, combinée à l'absence de ces mêmes services et à des activités de répression plus soutenues dans les autres secteurs de la ville^[42]. Les auteurs mentionnent le cas de Zurich où l'étude de Eisner²⁵ a montré que la mise en place d'initiatives de réduction des méfaits au sein d'une zone de tolérance policière aurait eu pour effet l'augmentation des délits, entraînant une modification de la structure socio-économique et de la valeur des propriétés résidentielles. Ces effets auraient eu pour conséquence d'encourager une mobilisation politique contre les services de réduction des méfaits existants et contre ceux proposés par des personnes vivant ou travaillant dans la zone^[42].

Les auteurs concluent que ces situations sont plus susceptibles de se produire lorsqu'il y a absence de coordination entre les services de police et les services sociaux chargés de la mise en place de ces programmes. Il appert que l'expérience des premiers SIS a contribué à façonner l'approche pour l'implantation des SIS ainsi que les politiques publiques entourant l'ouverture des SIS. Ainsi, les effets neutres ou positifs constatés à Francfort^[26], Sydney^[29] et Vancouver^[145] s'expliqueraient, au moins en partie, par des actions coordonnées des différentes autorités publiques. Dans le cas de Vancouver, la présence policière dans le secteur du DTES et le rôle actif que les policiers ont joué pour inciter les personnes qui s'injectent dans les lieux publics à utiliser les services du SIS a pu contrer les effets potentiels de concentration des consommateurs. Comme le soulignent DeBeck *et al.*^[145] dans une étude sur le rôle des policiers dans l'appui à l'utilisation de Insite par les personnes UDI, 17 % des usagers du SIS rapportent avoir déjà été référés au service par les policiers,

²⁵ Eisner, M. (1993) Alltägliche Gewalt in Schweizer Städten. NFP Stadt und Verkehr, Zürich.

tandis que 2 % ont dit avoir été d'abord informés de l'existence de Insite par la police. Les auteurs^[145] mentionnent aussi que l'un des facteurs associés de manière significative à la référence des consommateurs vers le SIS est le fait d'avoir été repérés par les policiers lorsqu'ils jetaient les seringues de manière non sécuritaire après une injection dans un lieu public. Les policiers semblent remplir un rôle actif de préservation de l'ordre public en recommandant d'utiliser le SIS aux personnes UDI.

4.2.5 Stabiliser l'état de santé des personnes faisant usage de drogues par injection

En favorisant l'accès à des services sociaux et de santé, les SIS visent à long terme une stabilité de l'état de santé des personnes UDI – qui sont nettement plus susceptibles que d'autres populations de vivre des conséquences morbides de surdoses, de développer des endocardites et des infections au VIH et au VHC ou cutanées. Plusieurs des SIS offrent pour ce faire une gamme étendue de services comme l'accès à du matériel d'injection stérile, le dépistage des ITSS, le counselling, la vaccination contre les hépatites A et B, la prise en charge des surdoses et la référence vers les traitements de la dépendance^[26].

4.2.5.1 Inscription dans les programmes de traitement de la dépendance

À Vancouver, les chercheurs ont évalué l'inscription dans des programmes de traitement de la dépendance suite à l'ouverture de Insite. Ils observent une association positive entre la fréquentation du SIS au moins une fois par semaine et un contact avec le conseiller de Insite et la probabilité d'amorcer un traitement de la dépendance^[114] (Tableau 3; annexe 1). Une seconde étude portant sur les patrons d'entrée des usagers de Insite dans divers programmes de traitement de la dépendance a permis d'observer des variations significatives entre l'année précédant l'ouverture de Insite et l'année qui a suivi. La proportion de ceux qui sont entrés en traitement de la dépendance est passée de 21,6 % à 31,3 %, soit une augmentation d'un peu plus de 30 %^[146]. Les usagers du service qui entrent dans un programme de désintoxication²⁶ ont davantage tendance à s'engager dans un traitement de la dépendance et à diminuer leur fréquentation du SIS^[146]. Sur une période de 12 mois, plus de 2 000 usagers du SIS de Vancouver ont été référés dans les services sociaux et de santé dont 37 % vers des intervenants en dépendance^[147]. Le mécanisme de référence vers les services de traitement de la dépendance, lorsqu'il est facilité par un contact direct entre les usagers et un conseiller du SIS, augmente en efficacité^[146,148]. Les mêmes effets avaient été observés avec les programmes d'accès au matériel d'injection^[149,150].

Des observations similaires ont aussi été faites pour le MSIC de Sydney en Australie, où une importante proportion des usagers du SIS ont été référés en traitement pour leur problème de dépendance. Les prédicteurs de la référence en traitement sont la cooccurrence de problèmes psychosociaux et de santé chez les usagers du service^[151]. Ainsi, des sous-groupes comme les injecteurs quotidiens et les travailleurs du sexe utilisent sans peine le service de référence instauré par le MSIC, alors que les personnes qui ont des problèmes de

²⁶ Les programmes de désintoxication sont considérés comme un premier point de contact avec les traitements de la dépendance.

santé mentale et celles avec un niveau de scolarité plus bas nécessitent des interventions plus intensives pour entrer en traitement^[151].

Les premières observations effectuées entourant l'ouverture du MSIC, montraient que 66 % des utilisateurs avaient des antécédents de traitement en dépendance dont 28 % dans le mois précédent l'entrevue^[112]. De plus, 45 % étaient inscrits au programme de méthadone à bas seuil du Kirketon Road Centre offrant des services de santé primaires aux personnes UDI. Le MSIC a permis d'offrir des services à près de 3 000 personnes directement au SIS et près de 2 000 références ont été effectuées vers d'autres services, dont 44 % en désintoxication et 31 % dans des services de première ligne^[68].

4.2.5.2 Réinsertion et le maintien en emploi

La réinsertion et le maintien en emploi des personnes UDI sont des facteurs favorisant l'intégration sociale et l'amélioration des conditions de vie de ces personnes. Des études ont démontré que l'employabilité est associée à de meilleurs comportements de santé, qu'elle diminue la criminalité et qu'elle permet l'intégration sociale^[152-154]. Les chercheurs de Vancouver se sont penchés sur la question des effets de l'utilisation du SIS sur le taux d'employabilité. L'association positive observée entre l'employabilité et la fréquentation du SIS n'est pas statistiquement significative, mais elle indique que les personnes qui fréquentent Insite ont 1,05 fois plus de chance d'avoir occupé un emploi au cours des 6 mois précédents l'entrevue^[155]. Par ailleurs, les consommateurs compulsifs qui consomment uniquement sur un mode « binge » ont 1,27 fois plus de chance d'avoir occupé un emploi pour la même période. À défaut de conclure à un effet positif sur l'employabilité, il est notable que l'utilisation du SIS n'interfère pas de façon négative avec la réinsertion sociale par le biais de l'intégration au marché du travail.

4.2.5.3 Réduction des infections au VIH et au VHC

L'implantation des SIS européens ne reposait pas uniquement sur des objectifs de réduction du VIH et des hépatites, mais sur des considérations plus larges de réduction des nuisances publiques et des surdoses chez une population largement marginalisée et difficile à rejoindre par le biais des services déjà existants. Les objectifs de santé publique font partie d'un plan d'ensemble sans être le seul but poursuivi par la mise en place des SIS. Les mesures de prévalence et d'incidence des infections au VIH et au VHC en lien avec la fréquentation des SIS s'amorcent avec l'évaluation du MSIC de Sydney^[29] et celle de Insite à Vancouver^[130] et les résultats demeurent encore fragmentaires et peu concluants.

Lors de l'ouverture du MSIC de Sydney, la prévalence de l'infection au VIH chez les utilisateurs du SIS était plus basse que chez les injecteurs qui ne l'utilisaient pas (0,0 % vs 4,0 %). Pour cette même période, la prévalence du VHC chez les personnes UDI interviewées dans le secteur de King Cross est passée de 61 % à 71 %. Les auteurs indiquent que cette tendance à la hausse est compatible avec celle observée chez l'ensemble des personnes UDI australiennes^[29]. À Vancouver, aucune différence significative n'a été observée entre la prévalence des infections au VIH (17 % vs 19 %) et au VHC (88 % vs 87 %) entre les personnes qui fréquentent les SIS régulièrement et ceux qui y viennent sur une base occasionnelle^[60]. Par ailleurs, le taux de prévalence du VIH dans la cohorte

SEOSI est plus bas que celui observé chez les participants à la cohorte VIDUS qui n'ont pas fréquenté le SIS (33 %)^[38].

Les auteurs^[25,26] s'entendent sur le fait qu'aucune étude n'a encore démontré que les SIS contribuaient directement à réduire l'incidence du VIH et du VHC. Comme ce fut le cas pour les programmes d'accès au matériel d'injection, la poursuite des études longitudinales fournira des données d'incidence qui permettront de mieux répondre à cette préoccupation^[60]. Au Québec, il a fallu près de 10 ans avant d'obtenir des certitudes sur la diminution de l'incidence du VIH chez les usagers des programmes d'accès au matériel d'injection^[4]. Par ailleurs, les infections au VIH et au VHC sont associées à des pratiques à risque^[119,130] et la fréquentation des SIS tend à faire baisser la prise de risque^[128,129]. Par contre, les chercheurs observent une augmentation du nombre de cas dépistés d'infections par le VIH et le VHC chez les utilisateurs résidents dans le secteur du SIS et une stabilité dans le dépistage des nouveaux cas d'hépatite B (VHB)^[29].

4.2.5.4 Les bénéfiques secondaires

L'évaluation des SIS indique que les préoccupations concernant les effets potentiellement indésirables des SIS sur la réduction de l'utilisation des services de traitement de la dépendance et l'augmentation de la consommation de drogues²⁷ ne sont pas justifiées. Les études européennes recensées par Heidrich^[26] montrent qu'entre le tiers et la moitié des usagers des SIS ont déjà expérimenté un traitement de la dépendance. Des résultats similaires ont été observés au SIS de Sydney^[29] et à Vancouver, où on ne note aucun changement significatif pour le nombre de rechutes et d'arrêt de la méthadone^[133] ou une augmentation de l'entrée en traitement à la méthadone^[38] avec la fréquentation du SIS.

Dans l'étude des SIS allemands, Poschadel *et al.*^[82] mettent en évidence que pour un usager sur trois, la fréquentation d'un SIS constitue un premier contact avec les services d'aide en toxicomanie. Zurhold *et al.*^[80] ont observé que 11 % des usagers du SIS n'utilisent aucun autre service, que 46 % reçoivent du counselling et 37 % des services médicaux. Parmi les autres services utilisés par les usagers des SIS, notons les programmes à bas seuil d'accessibilité, les services de santé de première ligne, les services sociaux de base et l'hébergement lorsque ce service est disponible^[26]. Comme le signale Heidrich^[26], les évaluations ayant porté sur les SIS en suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas indiquent que les usagers des SIS utilisent les services sociaux et de santé offerts et que la demande dépasse souvent l'offre pour une population qui n'a généralement pas accès à ces services. Les SIS sont des lieux permettant l'inclusion de groupes d'usagers de drogues extrêmement marginalisés dans une offre de services à bas seuil d'accessibilité.

Les services d'injection supervisée, lorsqu'ils s'insèrent dans des structures déjà existantes destinées aux personnes marginalisées, difficiles à rejoindre et présentant de nombreux risques de santé, servent de tremplin pour accéder aux services sociaux et de santé offerts dans le réseau. Les liens les plus naturels sont les services de dépistage des ITSS et de

²⁷ Cette préoccupation est importante et répandue. C'est d'ailleurs pourquoi de nombreux SIS ont incorporé dans leurs opérations des services de référence à des services de désintoxication et/ou de traitement et, au moins dans le cas de Insite, adjoint physiquement au service de supervision d'injection des services de désintoxication de transition (12 chambres, dans le cas de Insite).

vaccination des hépatites A et B offerts par les CLSC et les services d'évaluation en dépendance offerts par les centres de réadaptation en dépendance du réseau de la santé. À ces services de base, il est ensuite possible d'ajouter une offre de traitement pour l'hépatite C comme cela se fait en France pour les personnes atteintes de l'hépatite C^[156].

4.3 VALIDITÉ ET FIABILITÉ DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LES EFFETS DES SIS

Tel que présenté dans le Tableau 2 de l'annexe A (à la colonne « commentaires »), les recherches effectuées présentent, des forces et des faiblesses dignes de mention. Tous les commentaires répertoriés dans ce tableau ne sont pas systématiquement repris dans le texte ci-dessous.

Les faiblesses – Seule une faiblesse significative dans l'étude de Kerr *et al.*^[144] sur l'effet du SIS sur l'entrée en désintoxication a été identifiée. Une des conclusions est en effet clairement en décalage avec les résultats présentés et doit être nuancée. L'étude dont il est question porte sur la proportion des personnes qui ont entrepris une désintoxication ou un traitement de la dépendance pendant leur fréquentation de Insite et les facteurs associés à ce phénomène. Les résultats montrent que 18 % des usagers du service participants à la cohorte SEOSI avaient entrepris un programme de désintoxication ou de traitement au moment du suivi. Or, les auteurs tirent la conclusion que la mise en opération de Insite n'avait pas eu pour effet de réduire la proportion des personnes recourant à de tels programmes. En l'absence d'un point de comparaison (que ce soit par un contrôle pré-post exposition dans la même cohorte ou par la comparaison avec une cohorte d'usagers n'utilisant pas les services du SIS), cette conclusion apparaît non justifiée. Il convient par ailleurs de signaler la réalisation d'une étude subséquente^[146] concernant les liens entre la fréquentation de Insite et les taux d'entrée en désintoxication et en traitement de la dépendance qui compense en grande partie cette faiblesse. Cette seconde étude, basée sur une comparaison des taux d'entrée dans les services de désintoxication et de traitement avant et après le début de l'utilisation des services de Insite dans la cohorte SEOSI, a montré une augmentation significative de l'entrée en traitement après le début de l'utilisation du SIS. Cela dit, on peut conclure que dans l'ensemble les faiblesses des études considérées individuellement n'ont que des conséquences mineures sur la validité et la fiabilité des résultats présentés.

Les forces – Certaines études sont également notables en ce qu'elles ont déployé des méthodologies qui ont permis d'assurer de manière satisfaisante la validité et la fiabilité des résultats générés. Par exemple, l'influence du mauvais temps, quantifié par des mesures instrumentales des précipitations, a été prise en compte lors de l'évaluation du SIS de Vancouver. Ce contrôle permet de s'assurer que l'on a bien mesuré l'effet du SIS sur diverses dimensions de l'ordre public (injection en public, rejet de matériel en public, etc.), et non l'effet du mauvais temps^[139]. La mobilisation de plusieurs méthodes de recherche et techniques de collecte des données différentes pour évaluer l'effet du SIS de Sidney sur la consommation de drogues a permis d'assurer une grande validité et fiabilité (par exemple, cela a permis d'apprécier la part de variation dans la consommation de drogues associée à la chute de l'approvisionnement en héroïne à Sidney - plutôt que de l'attribuer complètement au SIS ou de ne pas savoir quelle part lui attribuer)^[141]. Bref, les forces de certaines études

publiées entourant les effets des SIS font en sorte qu'elles constituent des sources d'information particulièrement valides et fiables.

Il existe par ailleurs des enjeux transversaux de validité (interne, externe, conceptuelle) et de fiabilité à l'ensemble des recherches effectuées à propos des effets des SIS. Il est utile de s'attarder à ces enjeux afin de caractériser la mesure dans laquelle les recherches permettent d'y répondre. Les enjeux suivants sont examinés : isoler les effets des SIS des autres services de réduction des méfaits; saisir les effets de phénomènes et processus « étrangers » aux services d'injection supervisée et aux continuums de services de réduction des méfaits desquels ils font partie; évaluer des effets à court, moyen et long termes; saisir les effets populationnels de services d'ampleurs limitées.

4.3.1 Isoler les effets des SIS des autres services de réduction des méfaits

Comme le souligne Hedrich^[26], les SIS font généralement partie d'un ensemble de services de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues dans les secteurs urbains où ils sont implantés, ce qui rend difficile, voire impossible, la distinction entre les effets de chacun. Certaines recherches autour des SIS de Vancouver et de Sydney ont permis d'isoler en partie les effets des SIS des effets des autres interventions. Par exemple, l'étude concernant l'éducation à l'injection sécuritaire à Insite a fait ressortir l'efficacité de l'intervention dans le contexte d'un SIS par rapport au même enseignement dispensé dans un centre d'accès au matériel d'injection^[135].

Dans certaines des recherches autour de Insite et du MSIC, il est possible que les effets d'autres services de réduction des méfaits (ou services à bas seuil) aient pu être enregistrés. Par exemple, il est connu qu'un nombre important de logements à bas seuil (accueillant des personnes vivant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale) a été mis en place à Vancouver au cours des dernières années. Les locataires de ce type de logement étant en partie composés de personnes itinérantes ou ayant des difficultés à se loger (et donc susceptible de s'injecter en public), il est plausible qu'une partie de la réduction du nombre d'injection en public soit le résultat de l'accès graduel à ces logements. Dans le même ordre d'idées, à la suite d'une recherche descriptive des tendances en matière de surdoses mortelles dans la ville de Vancouver entre 1992 et 2004, Fischer *et al.*^[126] avancent que les tendances à la baisse observées pourraient être liées à la mise en œuvre ou à l'expansion significative d'interventions clés en réduction des méfaits. Ils font observer que le nombre de personnes en traitement de maintenance à la méthadone a triplé en Colombie-Britannique entre 1995 et 1999. En outre, « les personnels paramédicaux de la Colombie-Britannique ont été autorisés et équipés pour administrer le naloxone directement sur les lieux de survenue d'incidents de surdose et, des interventions de proximité – telles que les infirmières de rues – ont été déployées et contribuent à cette tendance à la baisse pour Vancouver^[126] ». Bref, en l'absence de pondération des effets probables des autres services de réduction des méfaits dans les recherches produites jusqu'à maintenant, il est difficile d'éliminer complètement l'hypothèse que ces interventions seraient en partie responsables de certains des effets constatés dans les études produites à ce jour.

Les conditions dans lesquelles sont réalisées les activités de recherche autour des effets des SIS font qu'il serait extrêmement difficile voire impossible d'isoler une variable parmi d'autres

pour la contrôler (en l'occurrence un ou plusieurs services de réduction des méfaits). Les milieux de vie et les trajectoires de vie et de consommation des personnes UDI qui déterminent leur état de santé sont extrêmement complexes. En effet, la littérature scientifique à ce propos identifie autant des déterminants individuels et comportementaux que des déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux. Il serait théoriquement nécessaire de contrôler l'effet de chacun de ces déterminants (dont plusieurs varient dans le temps) pour conclure que l'on a parfaitement isolé les effets sur la santé ou l'ordre public d'un SIS donné. Ainsi, et même si le défi s'avérait théoriquement possible à relever, il faut probablement se résigner aux zones d'ombre étant donné l'envergure des ressources humaines et financières qui devraient être mobilisées pour réaliser un programme de recherche complètement satisfaisant à ce propos. En somme, les recherches scientifiques actuelles ne permettent pas de conclure « hors de tout doute raisonnable » que les effets mesurés sont attribuables entièrement aux SIS et non à d'autres services de réduction des méfaits et elles ne le pourront jamais. Toutefois, ce standard de preuve ou d'évidence ne saurait être requis pour de telles recherches. Bien que l'on puisse espérer que des recherches permettent de mieux isoler les effets individuels des SIS et qu'elles examinent les effets potentiellement synergiques des SIS avec les autres services de réduction des méfaits dans une ville donnée, on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique.

4.3.2 Saisir les effets de phénomènes et processus « étrangers » aux SIS et aux continuums de services de réduction des méfaits desquels ils font partie

Des processus étrangers aux SIS eux-mêmes et aux continuums de services de réduction des méfaits dont ils font partie peuvent également influencer en partie la mesure de leurs effets. Ces phénomènes et processus peuvent avoir des effets directs ou indirects sur la consommation de drogues. Par exemple, les variations dans les marchés des drogues, dans les conditions économiques générales ou dans les politiques et pratiques juridiques et policières peuvent avoir une influence sur le nombre de consommateurs, sur la fréquence et les modes de consommation, sur les substances consommées, sur les pratiques d'injection ou sur la mortalité et la morbidité. Théoriquement, tous ces facteurs devraient être contrôlés pour obtenir une évaluation parfaite des effets des SIS. D'un point de vue pratique, la dynamique d'interpénétration de ces différents facteurs rendrait inopérante l'élaboration des devis servant à mesurer les effets.

Certaines études ont adéquatement contrôlé certains de ces phénomènes et processus qui ont des effets sur les variables mesurées – par exemple l'influence de la température à Vancouver ou la raréfaction de la disponibilité de l'héroïne à Sydney. Dans la majorité des études, il existe toutefois fort peu d'informations à propos, et de tentatives de contrôle de, ces phénomènes. Par contre, il faut souligner que plusieurs des études autour de Insite ont permis de documenter de manière fort éclairante les rapports des utilisateurs du SIS aux services offerts au site, fournissant non seulement des indications à propos de son efficacité, mais permettant surtout de mieux comprendre les raisons de cette efficacité. L'étude portant sur les expériences des utilisateurs du SIS sur l'éducation à l'injection sécuritaire constitue un cas patent de la grande valeur de ce type de recherche.

Cela dit, il faut souligner que les conditions dans lesquelles sont réalisées les activités de recherche autour des effets des SIS font en sorte que ces dernières peuvent très difficilement sinon certainement pas contrôler toutes les variables et paramètres qui ont possiblement un effet sur celle(s) soumise(s) à l'étude pour assurer que c'est ou ce sont bien celles qui sont mesurées. Ainsi, comme pour le premier enjeu, les recherches scientifiques actuelles ne permettent pas de conclure « hors de tout doute raisonnable » que les effets mesurés sont attribuables entièrement aux SIS. Encore une fois, ce standard de preuve ou d'évidence ne peut être requis pour de telles recherches. Bien que l'on puisse espérer que des recherches permettent de plus et mieux encore isoler les effets des SIS par rapport à ces processus et phénomènes autres, l'on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique.

4.3.3 Évaluer des effets à court, moyen et long termes

Les recherches qui ont été recensées concernant les effets des SIS sur la santé ou l'ordre publics portent sur les services de Sydney et de Vancouver (Insite en particulier). Les évaluations effectuées jusqu'à maintenant dans ces deux cas ont permis de saisir certains des effets à court terme de la mise en œuvre de ces services. La poursuite de projets de recherche autour des SIS de Vancouver et Sydney devraient fournir des informations sur leurs effets à moyen et long termes. En particulier, les effets des SIS sur l'incidence du VIH et du VHC dans les populations d'utilisateurs des SIS et dans la communauté des personnes UDI de ces villes en général pourront être observés seulement à moyen ou long terme. Pour point de comparaison, la surveillance des comportements à risque, de la prévalence et de l'incidence des infections au VIH et au VHC chez les utilisateurs de drogues par injection des programmes d'accès au matériel d'injection du Québec a débuté en 1995 et ce n'est que récemment que les tendances à la baisse se sont avérées significatives^[4].

Il est impossible de rejeter complètement la formulation d'hypothèses suggérant que les effets objectivés à travers les études pourraient être autres que neutres ou positifs sur des horizons temporels plus étendus. Pour ce faire, il faudrait notamment postuler que le temps lui-même ne peut avoir d'impact sur la nature des effets, ce qui serait postuler quelque chose qui serait assez contraire à l'orthodoxie scientifique actuelle. Il est en effet relativement bien établi dans la pensée scientifique que les effets d'une intervention donnée peuvent se transformer dans le temps. Ceci dit, l'impossibilité d'émettre de telles hypothèses ne peut être une exigence absolue pour conclure de la validité et la fiabilité de quelque entreprise de recherche scientifique – au risque de devoir conclure que la plus grande part de celles-ci ne sont ni valides ni fiables.

À ce point, nous ne pouvons que prendre acte du fait que les résultats des recherches évaluatives sont soit positifs, soit neutres par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics généralement visés par la mise en œuvre de ces services. De plus, étant donné l'absence de faiblesses importantes des recherches considérées individuellement aux plans de la validité et de la fiabilité ainsi que l'état des savoirs théoriques et empiriques, il apparaît difficile d'imaginer que la tendance observée dans les résultats à moyen et long termes pourrait s'inverser complètement pour que l'on en arrive à conclure que les SIS ont des effets significativement négatifs par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics visés. En ce qui a trait à l'ordre public, il semble raisonnable d'anticiper que dans la mesure où

l'implantation de ces services est bien coordonnée, à l'échelle des agglomérations métropolitaines et entre les diverses agences concernées, elle ne devrait pas induire d'effets négatifs.

4.3.4 Saisir les effets populationnels de services d'ampleurs limitées

À Sydney, il existe un seul service d'injection supervisée. À Vancouver, deux sont en opération. Il faut cependant noter que le Dr Peter Center ne supervise qu'un petit nombre d'injections par rapport aux six cents qui se déroulent quotidiennement à Insite. Il est clair que les services étudiés ne rejoignent qu'une minorité des populations d'utilisateurs de drogues par injection de leurs villes respectives. Il est d'ailleurs notoire que Insite fonctionne à pleine capacité et certaines recherches recensées ont en effet enregistré que les personnes UDI n'utilisent pas toujours ce service en raison de l'attente induite par la limite de capacité, notamment. Les services d'injection supervisée évalués scientifiquement sont ainsi d'ampleurs relativement limitées, et sont donc peu susceptibles de produire à eux seuls des effets significatifs lorsque les études sont cadrées à grande échelle — soit dans la population des UDI en général ou même celle de la population d'une ville. Autrement dit, la faiblesse de l'offre de service étudiée jusqu'à maintenant réduit la possibilité que l'on puisse constater des effets significatifs sur la population des personnes UDI ou de manière plus générale dans les villes où ils sont implantés. Seuls le développement simultané d'un réseau étendu de services d'injection supervisée dans une ville donnée et d'un programme de recherche visant à saisir les effets du réseau en question recèlent le potentiel de permettre de vérifier des effets populationnels importants – par exemple une réduction des taux d'infection au VIH ou au VHC dans la population des personnes UDI de Vancouver (pour prendre encore une fois cet exemple, la couverture étendue qu'offrent le programme d'accès au matériel d'injection explique probablement en partie leurs effets positifs sur les ITSS en question).

À ce moment, on ne peut que noter des effets positifs ou neutres sur les personnes qui utilisent les services et sur l'environnement dans lequel ils sont implantés. Les données actuelles suggèrent un potentiel intéressant pour améliorer la continuité et la qualité des services personnes UDI et diminuer les inconvénients de l'usage de drogues dans les lieux publics pour les populations plus générales des villes où ils pourraient être implantés.

5 ANALYSES DES COÛTS DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE

Deux études ont porté sur les coûts de cette mesure. Celle du MSIC de Sydney^[29] propose une analyse coûts-bénéfices, tandis que celle du SIS de Vancouver^[157] porte sur une analyse coût-efficacité. Au-delà des résultats de ces études, une analyse sommaire des ressources et des infrastructures nécessaires pour opérer les SIS au Québec est proposée.

5.1 L'ANALYSE COÛTS-BÉNÉFICES DU SIS DE SYDNEY

Les auteurs australiens^[29] proposent une analyse coûts-bénéfices dont les objectifs sont d'évaluer les coûts actuels du MSIC de Sydney, et de démontrer l'impact économique potentiel de cette mesure. Les coûts d'opération du SIS pour la première année étaient de 1 334 041 \$AU et la planification projetée pour les 12 mois subséquents 1 995 041 \$AU. Les bénéfices escomptés varient entre 1 606 000 \$AU (scénario 1 : décès évités) et 2 664 000 \$AU (scénario 2 : décès évités + frais ambulanciers et de police liés aux surdoses) pour l'année d'implantation et 2 777 000 \$AU (scénario 1) à 4 601 000 \$AU (scénario 2) pour les années subséquentes^[29]. Dans ces conditions, le ratio coût-bénéfice s'établit entre 0,72 (s1) et 1,20 (s2) pour l'année d'implantation et entre 1,19 (s1) et 1,97 (s2) pour les années subséquentes. Les auteurs estiment donc que l'opération future du MSIC sera rentable dans un contexte optimal d'utilisation^[29]. Ainsi, le taux potentiel de rendement économique du MSIC (en termes d'appréciation des décès évités) est comparable à d'autres mesures de santé publique largement acceptées. Par ailleurs, le modèle utilisé ne permet pas de mesurer de façon fiable tous les bénéfices générés par le SIS. Parmi les bénéfices qui n'ont pas été pris en compte on peut noter, par exemple, la prévention de la morbidité liée aux surdoses, l'augmentation des références en traitement de la dépendance, la baisse des consultations dans les services de santé et de l'assistance policière et ambulancière pour les surdoses survenant dans la rue, la diminution des nuisances publiques sont autant d'aspects touchés par cette mesure.

5.2 L'ANALYSE COÛTS/EFFICACITÉ DU SIS DE VANCOUVER

Pour sa part, l'équipe de Vancouver a procédé à une analyse coût/efficacité basée sur une modélisation de différents paramètres^[157]. Le recours à un modèle dynamique segmenté de la population permet de tenir compte, entre autres, de l'incidence du VIH et du VHC dans la population des usagers de drogues et de la réduction du comportement de partage de seringues (principal facteur de risque dans la transmission de ces deux infections). Le modèle s'appuie sur les données des cohortes VIDUS et SEOSI et sur la littérature médicale entourant les ITSS, l'usage de drogues, les migrations de populations et les coûts de santé pour les usagers de drogues en comparaison avec ceux de la population en général. Dans l'éventualité ou plus de 72 %, des usagers de Insite adoptent des pratiques sécuritaires, le programme s'avère rentable^[157]. Lorsque l'on tient compte uniquement de la diminution du partage de seringues comme effet, le modèle permet d'estimer des gains financiers même si seulement 4,8 % des usagers réguliers utilisent le SIS. En considérant l'ensemble des effets telles la diminution du partage de seringues, l'augmentation des pratiques sécuritaires et la référence vers un programme de traitement à la méthadone, il suffit que 3,8 % des injecteurs utilisent le SIS pour réaliser des gains.

Par contre, les auteurs attirent l'attention sur les limites de ce modèle qui ne tient pas compte des changements dans les pratiques des injecteurs non inscrits et des usagers occasionnels du SIS. Ce modèle n'inclut pas les bénéfices comme les surdoses et la transmission du VHC évités, la diminution des infections des tissus mous, des endocardites et de tous les autres problèmes associés à l'injection dans des conditions d'insalubrité. Le fait de considérer uniquement le traitement à la méthadone comme option dans le traitement de la dépendance et de ne pas tenir compte de la qualité de vie gagnée limite la portée de ce modèle^[157]. Enfin, comme ce modèle prédictif a été établi sur un horizon de 10 ans, l'impact à plus long terme des changements de comportements sur la réduction des infections au VHC ne peut être estimé. Le principal bénéfice financier observable est associé au nombre de cas de VIH évités compte tenu des coûts associés au traitement des personnes atteintes^[157]. Les auteurs indiquent qu'ils auraient établi un niveau de rentabilité supérieur s'ils avaient tenu compte de l'ensemble de ces paramètres.

La principale critique de ce modèle a été formulée par des auteurs américains^[158] qui soutiennent que même si l'analyse tient compte de manière remarquable du potentiel de variation de plusieurs variables, l'hypothèse sur laquelle il repose est discutable. Le taux d'incidence retenu pour les calculs se situe entre 4,0 à 5,0 par 100 pa ce qui est plus élevé que celui observé dans la cohorte des personnes UDI de Vancouver ce qui a pour effet d'augmenter les risques des utilisateurs de "Insite" comparativement à ceux du programme d'accès au matériel d'injection. Ne pas tenir compte de la modification des pratiques à risque et des comportements sécuritaires qu'adoptent les usagers des SIS entraîne une surestimation de la transmission du VIH^[158] et une sous-estimation des bénéfices réels de ces programmes.

5.3 QUE CONCLURE DE CES ÉTUDES?

Il convient de préciser que les analyses proposées dans l'étude australienne et dans celle de Vancouver donnent un aperçu de l'impact économique de cette mesure sur la réduction des coûts de santé liés aux surdoses et au VIH/VHC, mais elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des bénéfices sociaux et de santé escomptés par l'implantation d'un SIS. Les évaluations proposées donnent une estimation des gains minimaux obtenus par la mise en place de telles mesures alors que l'objectif de ces programmes couvre un spectre beaucoup plus large de services de réinsertion sociale. Il est donc possible de conclure à partir des résultats de ces études qu'il vaut mieux prévenir pour limiter le fardeau financier à venir.

Notons par ailleurs que cette évaluation coût/bénéfice, si elle a été réalisée pour les SIS européens, n'a jamais fait l'objet de publications dans des revues scientifiques. Cet aspect ne semble pas prioritaire dans l'évaluation des SIS européens. Si Kubler *et al.*^[42] mentionnent l'aspect économique dans une étude c'est davantage pour souligner le partage des responsabilités entre les différentes instances publiques. Les autorités de santé des pays comme la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, la Norvège et le Luxembourg, ne semblent pas inquiétées outre mesure par les gains ou les pertes financières entourant les programmes de réduction des méfaits, mais davantage par l'amélioration des conditions sociales et de santé des populations visées par cette intervention, incluant les citoyens qui partagent les mêmes espaces publics. Il faut souligner que dans la majorité de ces pays, la

lutte à la drogue et la lutte aux ITSS font partie d'une stratégie nationale globale axée sur la réduction des méfaits et le traitement des personnes toxicomanes^[17,159].

5.4 ANALYSE SOMMAIRE DES RESSOURCES ET DES INFRASTRUCTURES POUR LES SIS AU QUÉBEC

Au Québec, le concept de service d'injection supervisée est indissociable d'un ensemble de services visant la prise en charge des multiples problèmes de santé des personnes UDI dans le contexte de développement des réseaux locaux de services intégrés. Même s'il est concevable que des cliniques médicales ou d'autres établissements du réseau de la santé puissent offrir ce service à leurs clients injecteurs, la formule la plus vraisemblable demeure l'insertion de ce service dans une structure à bas seuil d'accessibilité offrant du matériel d'injection stérile, des soins infirmiers de base, du counselling et de la référence vers d'autres services. Cette structure existe déjà dans le réseau des organismes communautaires en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI où certains centres accueillent du personnel du réseau de la santé pour des services dépistage des ITSS, de vaccination contre les hépatites A et B et parfois des soins infirmiers et médicaux sur place ainsi que de la référence en toxicomanie.

Bien que les études de faisabilité relèvent de chacune des régions qui décide d'aller de l'avant dans un tel projet, il est possible, à partir des expériences réalisées dans d'autres pays, d'estimer la composition d'une équipe désignée et les ressources pour offrir ces services. Cependant, il convient de noter que ces informations ne sont fournies qu'à titre indicatif des exigences minimales pour opérer un SIS qui, en principe devrait s'implanter dans une structure offrant déjà des services aux personnes UDI. À ce jour, les centres spécialisés de prévention du VIH et des hépatites auprès des personnes UDI^[20] constituent probablement le meilleur exemple d'une structure à bas seuil d'accessibilité avec une gamme plus ou moins étendue de services sociaux et de santé disponibles sur place.

Entre octobre 1999 et juillet 2000, des chercheurs du National Drug and Alcohol Research Centre de l'Université de New South Wales de Sydney ont mené une enquête auprès de centres opérant des SIS^[32]. Les principales conclusions indiquent que les SIS européens comptent des professionnels de la santé et des services sociaux parmi leur personnel, qu'ils offrent un accès à bas seuil d'exigence et que les usagers doivent s'y inscrire pour avoir accès à la salle d'injection. Si certains collectent des informations minimales pour produire des statistiques sur l'évolution de la situation, d'autres assurent un suivi de dossier et demandent plus d'informations sur la situation des individus. Les installations dédiées uniquement au service d'injection²⁸ comportent généralement un lieu d'accueil pour l'enregistrement des personnes (on y prodigue des conseils sur l'hygiène et les pratiques à risques réduits), une salle d'injection (où se retrouvent des tables-chaises pouvant accommoder entre 2 et 12 personnes selon la taille du SIS) et un espace de récupération surveillé où se rendent les personnes après l'injection. Tous les autres services sociaux et de santé sont généralement accessibles dans le même édifice et dans certains cas des

²⁸ Les sites suivants peuvent être visités pour un aperçu de l'aménagement des espaces physiques d'injection : <http://www.salledeconsoommation.fr/photosluxembourg/index.html>, <http://www.salledeconsoommation.fr/photos Espagne/index.html>, <http://www.premiereligne.ch/association/quai9.htm>.

services d'hébergement peuvent aussi être offerts. Le centre Tox-In de Luxembourg offre 42 lits d'hébergement pour les urgences sociales.

En tenant compte de ces paramètres il est possible d'estimer les ressources minimales permettant d'ajouter un service d'injection supervisée à une structure de services aux personnes UDI déjà existante. La présence de personnel infirmier sur place aux heures d'ouverture de la salle d'injection est un incontournable. À cela s'ajoute deux intervenants psychosociaux pour assurer l'accueil et superviser la salle de récupération. Par la suite la taille de l'équipe d'intervention dépend du nombre de places disponibles et de la fréquentation du SIS. Par exemple, à Insite où environ 12 tables sont disponibles, deux infirmières et un intervenant psychosocial assurent la supervision de la salle d'injection. Ainsi, le personnel minimal requis pour offrir ce service dans des conditions où plusieurs injecteurs pourraient s'y rendre serait de 3 personnes incluant une infirmière. Pour estimer les coûts réels du service, il conviendra de tenir compte du nombre d'usagers, du nombre d'heure d'ouverture de la salle et de l'ensemble des ressources matérielles nécessaire à l'implantation et au maintien du service.

6 CONCLUSIONS

Au Québec, le programme de prévention du VIH et des hépatites virales repose sur une collaboration entre des organismes communautaires et des établissements du réseau de la santé. Les centres de prévention du VIH et des hépatites offrent aux personnes UDI une porte d'entrée vers le réseau de la santé. Dans les organismes communautaires, les personnes UDI ont accès à une gamme étendue de services sociaux et de santé offerts par des intervenants communautaires, sociaux et de santé dans certains cas. Ce sont de véritables unités de prise en charge pour les personnes UDI difficilement rejointes par les services du réseau de la santé. Pour être pleinement fonctionnels, ces centres de prévention comptent sur un partenariat solide et souple avec des établissements du réseau de la santé.

Le service d'injection supervisée est une mesure supplémentaire parmi les stratégies de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues^[28], mais ce n'est pas la seule approche de santé publique utilisée pour répondre aux problèmes liés à l'usage inapproprié de drogues^[160]. Il convient donc d'identifier quels problèmes spécifiques seront visés par cette mesure en vue de réduire les conséquences néfastes liées à l'usage de drogues et pour lequel il n'existe pas déjà de réponse. Broadhead *et al.*^[110], soulignent qu'une des grandes difficultés dans l'implantation des SIS, c'est justement de préciser ce vide de services à combler dans un ensemble plus large d'opportunités pour les personnes qui font usage de drogues. Aussi, la proposition d'établissement d'un SIS peut être un irritant majeur en insistant sur les déficiences du système en place qui a failli à offrir des services à cette population largement marginalisée. Pour limiter les frictions occasionnées par l'implantation de ce nouveau service, les promoteurs ont avantage à considérer certaines prémisses de base et à définir clairement les règles d'opération de ces services, et ce, dans la mesure du possible avec l'ensemble des acteurs concernés et touchés par cette nouvelle mesure.

Au Québec, un certain nombre de conditions de réussite pour l'implantation de SIS sont déjà présentes en commençant par le niveau d'intérêt des personnes UDI pour cette mesure de prévention. Les membres de l'ADDICQ se sont montrés favorables à la mise en place d'un tel service et identifient déjà les bénéfices qu'ils en tireront en termes de prévention. Plusieurs centres de prévention du VIH et des hépatites offrant un accès au matériel d'injection ont, pour leur part, établi des partenariats avec des établissements du réseau de la santé qui leur permettent d'offrir des services sociaux et de santé aux usagers de leur programme. Dans certains cas, il y a déjà du personnel infirmier, médical ou psychosocial dédié par des établissements du réseau de la santé qui assure une partie des services directement dans les centres d'accès au matériel d'injection. La gamme de services offerts ou pouvant être offerts sont le dépistage des ITSS, la vaccination des hépatites A et B, le traitement des infections cutanées et des abcès, la prise en charge et l'amorce de traitement pour le VHC, l'évaluation en dépendance et la référence ainsi que des services d'accompagnement pour des problèmes psychosociaux. Les centres de prévention du VIH et des hépatites sont aussi des lieux de mobilisation des usagers pour une implication de la communauté dans la prévention. La prochaine action à poser est le développement d'un service d'injection supervisée pour les personnes UDI les plus vulnérables aux ITSS et autres problèmes de santé liés à l'usage de drogues par injection.

Au Canada, les décisions entourant l'implantation de SIS reposent davantage sur un jugement moral envers les personnes concernées par ces services que sur les résultats des recherches réalisées dans le domaine. L'accumulation de données probantes au cours des dernières années par l'équipe de chercheurs du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et par celle du Medically Supervised Injecting Centre de Sydney en Australie viennent corroborer des résultats concluants démontrés par les équipes allemande, espagnole, néerlandaise et luxembourgeoise. Il est donc raisonnable de considérer une telle offre de services pour rejoindre les personnes UDI aux prises avec de multiples problèmes de santé. Les recherches ont démontré, même avec les limites identifiées dans cet avis, que cette mesure ne présente aucun risque pour la santé, n'a pas d'effets néfastes sur les personnes et sur l'environnement et qu'elle permet, à court terme de sauver des vies et à long terme de réinsérer les personnes UDI dans un mode de vie plus sain.

7 RECOMMANDATIONS

Enjeux d'organisation des services

Nous recommandons que des services d'injection supervisée soient accessibles dans des organismes communautaires dédiés à la prévention auprès des personnes faisant usage de drogues par injection ou dans des établissements du réseau de la santé.

Que du personnel formé à la gestion des intoxications et du personnel infirmier soient présent sur les lieux durant les heures d'opération et assurent la supervision des espaces d'injection.

Que de l'enseignement sur l'injection sécuritaire soit dispensé dans ces lieux afin de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires sur place et encourager le maintien de ces comportements à l'extérieur du SIS.

Que les usagers aient accès à du matériel d'injection stérile dans ces lieux.

Que les usagers aient accès, sur place, à des services de prévention et dépistage des ITSS, de vaccination contre les hépatites A et B, ainsi que des traitements pour le VIH et les hépatites virales ou tout autre services de première ligne jugés pertinents.

Que les usagers aient accès à des services d'évaluation en dépendance et de la référence vers des services de traitement de la dépendance (en conformité avec l'axe 3 objectif 5 du plan d'action interministériel en toxicomanie^[1]);

Que les usagers aient accès à des programmes de traitement de substitution à la méthadone (ou autre produit reconnu au Canada) à bas seuil d'accessibilité sur place ou en référence vers les services du réseau de la santé.

Que les usagers aient accès à des services d'aide à l'hébergement, à l'emploi et à l'insertion sociale sur place ou en référence.

Nous recommandons qu'une procédure d'inscription des usagers des services d'injection supervisée soit développée dans le respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels en tout temps.

Enjeux d'ordre public

Nous recommandons que les autorités policières et autres autorités publiques des agglomérations de Québec et de Montréal ou toute autre ville concernée par l'implantation d'un SIS soient d'emblée impliquées dans la planification et la mise en œuvre des services d'injection supervisée.

Que les autres ministères concernés par l'élaboration de mesures pour la mise en place de services d'injection supervisée soient impliqués et assurent le soutien et la collaboration nécessaire à l'implantation de ces services.

La création de comités multipartites (sécurité publique, municipalité, citoyen, santé publique, marchande et autres si nécessaire) pour favoriser le maintien d'environnements

favorables à la prévention (plus grande tolérance pour les personnes qui s'injectent des drogues) dans les secteurs où s'implanteront des SIS.

Que les agences régionales de santé s'assurent de ne pas concentrer les services de réduction des méfaits exclusivement dans certains secteurs des villes concernées.

Que les services policiers incitent les personnes UDI qui sont vues s'injectant en public à utiliser le service d'injection supervisée.

Enjeux légaux

Nous recommandons que le MSSS encourage les organisations souhaitant mettre en œuvre un SIS à rechercher le soutien des autorités municipales, des services policiers et des autorités de santé publique des villes concernées afin de les mettre en opération le plus rapidement possible.

En l'absence de soutien de la part des services policiers, nous recommandons que le MSSS envisage la possibilité de participer à des demandes d'injonctions légales avec les organisations maître d'œuvre pour opérer les services en se fondant sur la jurisprudence établie dans le cas de *Insite*, à Vancouver.

Nous recommandons que le MSSS appuie les demandes d'exemption à l'article 56 de la LCDAS des organisations maître d'œuvre si ces demandes sont jugées nécessaires par les organisations concernées, et qu'il incite ces organisations à faire ces demandes en les justifiant sur la base de raisons d'ordre médical et d'intérêt public (et non de projet de recherche).

Évaluation – Recherche

Nous recommandons le développement d'un cadre de référence pour la surveillance et l'évaluation des SIS. Ce dernier devrait s'inscrire dans l'axe 4 du plan d'action interministériel en toxicomanie^[1], s'inspirer des lignes directrices internationales pour l'évaluation des services en dépendance^[2] et des indicateurs du Tableau 2 du présent document afin de favoriser une intégration de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'amélioration de ces services.

Par ailleurs, même si la mise en œuvre des services d'injection supervisée ne devrait pas reposer sur des raisons d'ordre scientifique, mais plutôt sur des raisons d'ordre médical, nous recommandons de promouvoir des recherches visant à documenter le contexte particulier du Québec où les SIS seront dédiés à la supervision de personnes faisant principalement usage de cocaïne.

8 RÉFÉRENCES

1. Comité de travail interministériel (2006) *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p.
2. Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., et al. (2000) *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva, World Health Organisation, United Nations International Drug Control Program, European Monitoring Centre for Drugs and Drug abuse, 156 p.
3. Noël, L., Laforest, J., Allard, P.-R. (2007) *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 110 p.
4. Parent, R., Alary, M., Morissette, C., et al. (2008) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 71 p.
5. Allard, P.-R., Parent, R. (2008) *Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec - Avril 2002 à mars 2004*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 73 p.
6. MSSS (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.
7. MSSS (2004) *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.
8. Wodak, A., Cooney, A. (2006) Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*, 41(6-7), 777-813.
9. Wodak, A. (2006) Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the band still plays on. *Subst Use Misuse*, 41(6-7), 837-839.
10. Jones, L., Pickering, L., Sumnall, H., et al. (2008) *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drugs users*. Liverpool, Centre for Public Health, 180 p.
11. Drumond, M. (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Australia, Commonwealth Department of Health and Ageing, 161 p.
12. Riley, D. (1988) *La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques*. in *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Brisson, P., Les Éditions Gaétan Morin p. 129-150.
13. Brisson, P. (1997) *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 p.
14. WHO (1998) *Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 15 p.

15. Ledermann, S., Sager, F. (2006) *La politique suisse en matière de drogue - Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006-2011 Programme complet*. Berne, Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur, 91 p.
16. MacPherson, D. (2001) *A Framework for action. A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver, Revised*. Vancouver, 85 p.
17. Intergovernmental Committee on drugs (2004) *The national drug strategy - Australia's integrated framework 2004-2009*. Sydney, Ministerial Council on Drug Strategy, 26 p.
18. Brown Rodgers, A. (2000) *A Comprehensive Approach: Preventing Blood-Borne Infections among Injection Drug Users*. Academy for Educational Development, Centers for Disease Control, Prevention division of HIV/AIDS prevention, 42 p.
19. Wright, N.M.J., Millson, C.E., Tompkins, C.N.E. (2005) *What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 41 p.
20. Noël, L., Antil, T., Champagne, M. (1998) *Les programmes de prévention de VIH chez les UDI au Québec : une démarche collective d'évaluation*. Québec, Centre de santé publique de Québec, 104 p.
21. Haemmig, R.B. (1995) Harm reduction in Bern: from outreach to heroin maintenance. *Bull N Y Acad Med*, 72(2), 371-379.
22. Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., et al. (1999) *Report of the External Panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts*. Zurich, World Health Organization, 18 p.
23. Hébert, A. (2002) *De la tolérance zéro à l'approche de réduction des méfaits : perceptions de la population d'un quartier de Québec*, Département d'Anthropologie, Université Laval : Québec. 169 p.
24. Fry, C.L. (2002) Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implication for uptake. *Int J of Drug Policy*, 13, 471-476.
25. Kerr, T., Kimber, J., Debeck, K., et al. (2007) The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Curr HIV/AIDS Rep*, 4(4), 158-164.
26. Hedrich, D. (2004) *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 96 p.
27. de Jong, W., Weber, U. (1999) The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *Int J Addict*, 10, 99-108.
28. WHO (2008) Frequently asked questions. in XVII International AIDS Conference Mexico city, World Health Organization.
29. MSIC (2003) *Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. Sydney, University of New South Whales, 214 p.
30. Wood, E., Kerr, T., Montaner, J.S., et al. (2004) Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet*, 4, 301-306.

31. Wood, E., Kerr, T., Spittal, P.M., *et al.* (2003) The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *JAIDS*, 32, 2-8.
32. Kimber, J., Dolan, K., Wodak, A. (2001) *International survey of supervised injecting centres (1999-2000). Technical Report No. 126*. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 30 p.
33. Gerlach, R., Schneider, W. (2003) *Consumption and injecting room (CIR) at INDRO, Münster, Germany - Annual report 2002 (English version) - Report period: January to December 2002*. Münster, Germany, INDRO, 3 p.
34. MSSS (2004) *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.
35. Wood, E., Kerr, T., Lloyd-Smith, E., *et al.* (2004) Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduct J*, 1(1), 9.
36. Noël, L., Côté, N., Godin, G., *et al.* (2002) Processus de marginalisation et risque pour le VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. *Psychotropes*, 8(2), 7-27.
37. Wood, E., Tyndall, M.W., Spittal, P.M., *et al.* (2001) Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? *Can Med Assoc J*, 165(4), 405-410.
38. Wood, E., Tyndall, M.W., Li, K., *et al.* (2005) Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *Am J Prev Med*, 29(2), 126-130.
39. Wolf, J., Linssen, L., De Graaf, R. (2003) Drug consumption facilities in The Netherlands. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 649-662.
40. Kimber, J., Dolan, K., Wodak, A. (2005) Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug Alcohol Rev*, 24(1), 21-24.
41. Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., *et al.* (2000) Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev*, 19, 337-346.
42. Kübler, D., Wälti, S. (2001) Drug policy-making in Metropolitan Areas: Urban conflicts and governance. *Int. Journal of Urban and Regional Research*, 25(1), 35-53.
43. Kelly, C., Conigrave, K.M. (2002) The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: a controversial public health measure. *Aust N Z J Public Health*, 26(6), 552-554.
44. Thein, H.H., Kimber, J., Maher, L., *et al.* (2005) Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Int J of Drug Policy*, 16, 275-280.
45. Salmon, A.M., Thein, H.H., Kimber, J., *et al.* (2007) Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy*, 18(1), 46-53.
46. Boyd, N., Kinney, B., McLean, C., *et al.* (2008) *Final report - Public order and supervised injection facilities: Vancouver's SIS*. Vancouver, 21 p.
47. Dubé, E., Massé, R., Noël, L. (2009) Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits. *Revue canadienne de santé publique*, 100, 24-28.

48. Hamel, D., Cloutier, R., Roberge, P. (2001) *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 129 p.
49. SOM-R (2009) *Mesures pour réduire les problèmes reliés à la consommation de drogues par injection, Sondage SOM-R, Édition avril 2009 (vague 4) Faits saillants présentés au Ministère de la Santé et des Services sociaux*. SOM, 13 p.
50. OPQ (1998) Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la distribution de matériel d'injection (seringues/aiguilles) à des fins non-thérapeutiques (révisée février 1998), *Informations professionnelles*, numéro 94., Ordre des Pharmaciens du Québec.
51. Sullivan, P. (2008) Les médecins appuient fortement les efforts de réduction des préjudices et les centres d'injection supervisée pour les toxicomanes. *J Ass Médicale canadienne*, 12 novembre 2008, 2.
52. Sherman, M., Shafran, S., Burak, K., et al. (2007) *Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus*. [cited 19 août 2008] [Available from: http://www.hepatology.ca/cm/FileLib/FR_consensus_document_hepatitis_c1_reviewe_dsidebyside.pdf].
53. OIIQ (2008) Prise de position de l'OIIQ sur les centres d'injection supervisée (CIS). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, p. 1.
54. OIIQ (2008) L'Ordre prend position concernant l'implantation de centres d'injection supervisée. *Le Journal* 5(7), 1.
55. Bogosta, C. (2008) *Services d'injection supervisée : questions et réponses*. Longueuil, Association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc., 15 p.
56. AITQ (2008) Prise de position de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec concernant les services d'injection supervisée. Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc., p. 1.
57. Kerr, T., Wood, E., Small, D., et al. (2003) Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. *CMAJ*, 169(8), 759-763.
58. Hunt, N., Lloyd, C., Kimber, J., et al. (2007) Public injecting and willingness to use a drug consumption room among needle exchange programme attendees in the UK. *Int J Drug Policy*, 18(1), 62-65.
59. Fry, C., Fox, S., Rumbold, G. (1999) Establishing safe injecting rooms in Australia: attitudes of injecting drug users. *Aust N Z J Public Health*, 23(5), 501-504.
60. Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z., et al. (2006) Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *Am J Public Health*, 96(5), 770-773.
61. Carrier, N., Lauzon, P. (2003) Se shooter en présence d'intervenants!? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-26.
62. Noël, L., Laforest, J., Allard, P.-R. (2007) *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC - Revue systématique de la littérature et validation empirique*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 151 p.

63. Wood, E., Kerr, T., Spittal, P.M., *et al.* (2003) An External Evaluation of a Peer-Run "Unsanctioned" Syringe Exchange Program. *J Urban Health*, 80(3), 455-464.
64. Kerr, T., Oleson, M., Wood, E. (2004) Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisée, dirigé par des utilisateurs. *Revue canadienne VIH/SIDA et Droit*, 9(2), 14-20.
65. Gaudet, R., Watt, J.H., Bourgouin, P.-A. (2008) *Mémoire de l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des Personnes qui consomment des drogues au Québec*. Montréal, Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec, 16 p.
66. L'Injecteur (2008) Quand la morale chrétienne nuit à la santé publique. *L'Injecteur*, 3(4), 6-8.
67. Commission permanente des affaires sociales (2008) Index du Journal des débats - Personnes et organismes ayant présenté un mémoire - Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec. Commission permanente des affaires sociales, p. 1-8.
68. Van Beek, I. (2003) The Sydney medically supervised injecting centre: A clinical model. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 625-638.
69. OICS (2007) *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) pour 2006*. Vienne, Nations Unies, 117 p.
70. United-Nations (2002) Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches (Decision 74/10). International Narcotics Control Board, Decision 74/10, 75th session.
71. Santé Canada (2002) *Projet de recherche sur un site pilote d'injection supervisée - Demande d'exemption en vertu de l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, à des fins scientifiques*. Programme de stratégie antidrogue et des substances contrôlées - Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, 18 p.
72. Bertil, C., Sychold, M. (2000) Use of Narcotic Drugs in public injecting rooms under Public International Law - AVIS 99-121c. Swiss Institute of Comparative Law, p. 6.
73. Malkin, I., Elliott, R., McRae, R. (2003) Supervised injection facilities and international law. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 539-578.
74. Ministère de la Justice du Canada (1996) Loi réglementant certaines drogues et autre substances. Ministère de la Justice du Canada, Chapitre 19.
75. *Reasons for Judgement - PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada - 2008 BCSC 661 by The Hon. Mr. Justice Pitfield*. 2008, Supreme Court of British Columbia: Vancouver. p. 59.
76. Ministère de la Justice du Canada (1982) Charte canadienne des droits et libertés. Ministère de la Justice du Canada, Chapitre 11, Annexe B de La Loi de 1982 sur le Canada.
77. Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Jeannin, A. (2008) Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *Eur Addict Res*, 14(1), 1-10.
78. Dolan, K., Wodak, A. (1996) Final report on injecting rooms in Switzerland. 5 p.

79. van der Poel, A., Barendregt, C., van de Mheen, D. (2003) Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *Eur Addict Res*, 9(2), 94-100.
80. Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., et al. (2003) Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 663-688.
81. Kemmesies, U.E. (1999) *The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995*. Frankfurt am Main, Germany, Coordination Bureau of the European Cities on Drug Policy, 1-36 p.
82. Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., et al. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit. Bd., 149 p.
83. Anoro, M., Ilundain, E., Santisteban, O. (2003) Barcelona's safer injection facility - EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 689-711.
84. Gunaratnam, P. (2005) *Drug policy in Australia: The supervised injecting facilities debate*. Australia, Asia Pacific School of Economics and Government, The Australian National University, 34 p.
85. Anonyme. (2001) Reducing the Harm Associated with injection drug use in Canada. in Conference of Ministers of Health.
86. Comité F.P.T. (2001) *Note de breffage courante*. in *Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la santé du 24 au 26 septembre 2001*, St-John, Terre-Neuve.
87. Comité, F.P.T. (2001) *Rapport sommaire de réunion*. Aylmer (Québec), Comité fédéral, provincial et territorial, Santé Canada, 16 p.
88. Morissette, C., Leclerc, P. (2001) *Report on injection drug use and harm reduction strategies in Montreal - État de la situation dans la région de Montréal-Centre concernant l'usage de drogues par injection et les stratégies de réduction des méfaits*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 17 p.
89. Scrosati, P. (2002) *Un SIS à Québec - Programme Point de Repères, Québec*. Québec, 10 p.
90. Noël, L., Cloutier, R. (2008) *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec - Avril 2006 à mars 2007*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.
91. Bélanger, D., Noël, L., Alary, M., et al. (2000) Drogues, pauvreté et VIH : données en provenance du programme d'échange de seringues Point de Repères, Québec. *Revue canadienne de santé publique*, 91(3), 176-180.
92. Bélanger, D., Godin, G., Alary, M., et al. (2002) Prediction of Needle Sharing Among Injection Drug Users. *J Appl Soc Psychol*, 32(7), 1361-1379.
93. Noël, L., Cloutier, R. (2005) Les centres d'accès aux seringues au Québec, un vaste réseau de collaborateurs. *L'intervenant*, 21(02), 56-59.
94. Côté, F., Godin, G., Mercure, S.-A., et al. (2006) Preventing HIV transmission among marginalized injection drug users: New insights from a Québec City based research. *The International Journal of Drug Policy*, 17, 411-417.

95. Morissette, C., Cox, J., De, P., *et al.* (2007) Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention. *International Journal of Drug Policy*, 18(3), 204-212.
96. Hankins, C.A., Alary, M., Parent, R., *et al.* (2002) Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000. *JAIDS*, 30(5), 514-521.
97. Morissette, C., Leclerc, P. (2004) *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection*. 44 p.
98. Bertrand, R. (2002) *Lettre adressée à la Ministre de la santé Anne McLellan concernant les aspects légaux des sites d'injection supervisés*. Québec.
99. MSSS (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 133 p.
100. Jurgens, R. (2002) Supervised Injection Sites: Minister of Health Ready to Review Applications for Pilot Research Projects. *Can HIV AIDS Policy Law Rev*, 7(2/3), 25-27.
101. Boivin, D., Gagné, L., Morissette, C. (2004) *Étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion sociale et de sites d'injection pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI)*. Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 26 p.
102. Laroche, D. (2006) Programmation <Programme régional de services à bas seuil d'accessibilité> Version 8. Sous-comité à la programmation, p. 12.
103. Oviedo-Joekes, E., Nosyk, B., Brissette, S., *et al.* (2008) The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): Profile of Participants in North America's First Trial of Heroin-Assisted Treatment. *J Urban Health*, 85(6), 812-815.
104. Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T., *et al.* (2003) *Évaluation de Quai 9 <Espace d'accueil et d'injection> à Genève - Période 12-2001 / 12-2002*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 186 p.
105. Spreyermann, C., Willen, C. (2002) *Rapport d'évaluation projet pilote Cactus - Évaluation des centres d'accueil et d'assistance de l'association Drop-in de Bienne*. Berne, Autriche, sfinx, 55 p.
106. Huissoud, T., Samitca, S., Arnaud, S., *et al.* (2006) *Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel - Programme de prescription d'héroïne, local d'injection*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et de santé communautaire, 37 p.
107. Benninghoff, F., Gervasoni, J.P., Dubois-Arber, F. (1996) Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour les consommateurs de drogues en Suisse : Remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Soz Präventivmed*, 41(Suppl 1), s5-s14.
108. Haemmig, R.B., van Beck, I. (2005) *Chapter 13 Supervised injecting rooms*. in *Injecting illicit drugs*, Pales *et al.*, Addictio press, Blackwell publishers: Oxford, United Kingdom. p. 160-169.
109. Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., *et al.* (2003) Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug Alcohol Rev*, 22(2), 227-233.

110. Broadhead, R.S., Kerr, T., Grund, J.P., *et al.* (2002) Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives. *J Drug Issues*, 0022-0426/02/01, 329-356.
111. Elliott, R., Malkin, I., Gold, J. (2002) *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*. Montréal, Santé Canada, 76 p.
112. Kimber, J., MacDonald, M., Van Beek, I., *et al.* (2003) The Sydney medically supervised injecting centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 639-648.
113. Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., *et al.* (2003) Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities ? *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 579-608.
114. Wood, E., Tyndall, M., Zhang, R., *et al.* (2006) Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *N Engl J Med*, 354(23), 2512-2513.
115. Stoltz, J.-A., Wood, E., Miller, C., *et al.* (2007) Characteristics of young illicit drug injectors who use North America's first supervised safer injecting facility. *Addiction Research and Theory*, 15(1), 63-69.
116. Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., *et al.* (2007) Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health*, 97(7), 1228-1230.
117. Milloy, M.J., Wood, E., Small, W., *et al.* (2008) Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users. *Drug and Alcohol Review*, 27, 693-699.
118. DeBeck, K., Small, W., Wood, E., *et al.* (2008) Public injecting among a cohort of injection drug users in Vancouver, Canada. *J Epidemiol Community Health*, 63(1), 81-86.
119. Wood, E., Kerr, T., Stoltz, J., *et al.* (2005) Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility. *Public Health*, 119(12), 1111-1115.
120. Wood, E., Tyndall, M., Stoltz, J.A., *et al.* (2005) Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *Int J of Drug Policy*, 16, 281-284.
121. Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C., *et al.* (2006) Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *Int J of Drug Policy*, 17(5), 436-441.
122. Milloy, M.J., Kerr, T., Tyndall, M., *et al.* (2008) Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *PLoS ONE*, 3(10), e3351.
123. Kerr, T., Small, W., Moore, D., *et al.* (2007) A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *Int J Drug Policy*, 18(1), 37-45.
124. Milloy, M.J., Kerr, T., Mathias, R., *et al.* (2008) Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 34(4), 499-509.

125. Salmon, A.M., Amin, J., Van Beek, I., *et al.* (2007) *The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on ambulance attendances at opioid overdoses.* in *18th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*, Warsaw, Poland, Session 6PM-4, Abstract # 284.
126. Fischer, B., Popova, S., Rehm, J., *et al.* (2006) Drug-related overdose deaths in British Columbia and Ontario, 1992-2004. *Can J Public Health*, 97(5), 384-387.
127. Anderson, J.F., Warren, L.D. (2004) Client Retention in the British Columbia Methadone Program, 1996-1999. *Can J Public Health*, 95(2), 104-109.
128. Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., *et al.* (2005) Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet*, 366(9482), 316-318.
129. Wood, E., Tyndall, M., Stoltz, J.A., *et al.* (2005) Factors associated with syringe sharing among users of a medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1(1), 50-54.
130. Tyndall, M.W., Wood, E., Zhang, R., *et al.* (2006) HIV seroprevalence among participants at a Supervised Injection Facility in Vancouver, Canada: implications for prevention, care and treatment. *Harm Reduct J*, 3, 36.
131. Small, W., Rhodes, T., Wood, E., *et al.* (2007) Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *Int J Drug Policy*, 18(1), 27-36.
132. Fairbairn, N., Small, W., Shannon, K., *et al.* (2008) Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Soc Sci Med*, 67(5), 817-823.
133. Kerr, T., Stoltz, J.A., Tyndall, M., *et al.* (2006) Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *Bmj*, 332(7535), 220-222.
134. Wood, R.A., Wood, E., Lai, C., *et al.* (2008) Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy*, 19(3), 183-188.
135. Fast, D., Small, W., Wood, E., *et al.* (2008) The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J*, 5(1), 32.
136. Marshall, B.D.L., Wood, E., Zhang, R., *et al.* (2008) *Condom use among injection drug users accessing a supervised injecting facility.* *Sex Transm Inf*, p. 1-21 February 10, 2009 URL: <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstracts/sti.2008.032524v1>.
137. Stoltz, J.A., Wood, E., Small, W., *et al.* (2007) Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health (Oxf)*, 29(1), 35-39.
138. Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M.W., *et al.* (2007) Injection drug users perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*, 32(5), 1088-1093.
139. Wood, E., Kerr, T., Small, W., *et al.* (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171(7), 731-734.

140. Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., *et al.* (2006) Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj*, 175(11), 1399-1404.
141. Freeman, K., Jones, C.G., Weatherburn, D.J., *et al.* (2005) The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug Alcohol Rev*, 24(2), 173-184.
142. Wood, E., Tyndall, M.W., Lai, C., *et al.* (2006) Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 1, 13.
143. McKnight, I., Maas, B., Wood, E., *et al.* (2007) Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 33(2), 319-325.
144. van Beek, I., Gilmour, S. (2000) Preference to have used a medically supervised injecting centre among injecting drug users in Kings Cross, Sydney. *Aust N Z J Public Health*, 24(5), 540-542.
145. DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., *et al.* (2008) Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 3, 11.
146. Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., *et al.* (2007) Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916-919.
147. Tyndall, M.W., Kerr, T., Zhang, R., *et al.* (2006) Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend*, 83(3), 193-198.
148. Small, W., Wood, E., Lloyd-Smith, E., *et al.* (2008) Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend*, 98(1-2), 159-162.
149. Strathdee, S.A., Celentano, D.D., Shah, N., *et al.* (1999) Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. *J Urban Health*, 76(4), 448-460.
150. Riley, E.D., Wu, A.W., Junge, B., *et al.* (2002) Health services utilization by injection drug users participating in a needle exchange program. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28(3), 497-511.
151. Kimber, J., Mattick, R.P., Kaldor, J., *et al.* (2008) Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev*, 1-11.
152. Platt, J.J. (1995) Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychol Bull*, 117(3), 416-433.
153. Vaillant, G.E. (1988) What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *Br J Addict*, 83(100), 1147-1157.
154. Magura, S., Staines, G.L., Blankertz, L., *et al.* (2004) The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Subst Use Misuse*, 39(13-14), 2165-2213.

155. Richardson, L., Wood, E., Zhang, R., *et al.* (2008) Employment among users of a medically supervised safer injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 34(5), 519-525.
156. Direction générale de la santé (2009) *Plan national de lutte contre les hépatites B et C - 2009-2012*. France, Ministère de la Santé et des Sports, 87 p.
157. Bayoumi, A.M., Zaric, G.S. (2008) The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Cmaj*, 179(11), 1143-1151.
158. Des Jarlais, D.C., Arasteh, K., Hagan, H. (2008) Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *Cmaj*, 179(11), 1105-1106.
159. Ledermann, S., Sager, F. (2006) *La politique suisse en matière de drogue - Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006-2011 Programme abrégé* Berne, Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur, 28 p.
160. Leri, F., Bruneau, J., Stewart, J. (2003) Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98(1), 7-22.

ANNEXE 1

TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES PORTANT SUR L'ÉVALUATION DES SIS

Tableau 3 Synthèse des articles sur l'évaluation des SIS publiée entre 2003 et 2008, par année de publication, par auteurs et selon les caractéristiques et les variables des études sur les effets des SIS

Auteurs (an.) Pays - ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
DeBeck <i>et al.</i> (2008) ^[118]	620	Échantillon Cohorte VIDUS 2 collectes par an 1530 observations Médiane de visites par participants = 3	Âge médian - 32 ans 41 % de femmes, 33 % d'Autochtones 23 % sont des injecteurs avec une FEIP	<u>Facteurs associés avec FEIP</u> SDF [OR 8,81] [♠] Fréquent crack fumé [OR 2,06] [♠] Injection fréquente héroïne [OR 2,05] [♠] Incarcération récente [♠] Besoin d'aide pour s'injecter [♠]	Information non disponible	Précisions L'étude a été réalisée auprès d'une cohorte qui n'utilise pas nécessairement le SIS. Le SIS pour sa part, rejoint les personnes UDI les plus vulnérables et les plus désorganisées socialement. Ces deux groupes pourraient être différents.
Canada-Vancouver Collecte Déc. 2003 – Nov. 2005		But de l'étude Caractériser les personnes UDI qui s'injectent fréquemment en public Identifier les facteurs associés à une Fréquence Élevée d'Injection en Public = FEIP Étude prospective		<u>Facteurs non associés avec FEIP</u> Âge plus élevé [♠] Traitement de la dépendance Chauffer et filtrer sa drogue [♠]		
De Beck <i>et al.</i> (2008) ^[145]	1090	Échantillon Cohorte SEOSI 3083 observations Médiane de 3 visites par participants.	Âge médian - 38 ans 28 % femmes 19 % autochtones 17 % référés au SIS par la police	<u>Facteurs associés avec le fait d'avoir été référé par la police</u> Être plus âgé Autochtone SDF Travail du sexe [♠] Injection fréquente héroïne Injection fréquente cocaïne [♠] Jeter ses seringues de manière non sécuritaire [♠]	Information non disponible	Validité conceptuelle La présence policière peut encourager en elle-même l'utilisation du SIS, et l'étude ne permet pas de le saisir.
Canada – Vancouver Collecte Déc. 2003 – Nov. 2005		But de l'étude Explorer le rôle des policiers pour faciliter l'utilisation du SIS Étude prospective	2 % informés de l'existence du SIS par la police			
Dubois-Arber <i>et al.</i> (2008) ^[77]	509	Échantillon Utilisateurs du Drug Consomp- tion Room (DCR) de Genève	Âge moyen - 33 ans 28 % femmes <u>Typologie des utilisateurs du DCR</u> Type 0 : 20 % 1 visite - 2002 Type 1 : 58 % réguliers –	<u>Nombre moyen par utilisateur</u> 35 injections 19 jours de fréquentation du site 121 jours entre la 1 ^{re} et la dernière visite Le DCR ne semble pas être le	Information non disponible	Limites Ratés dans le système d'identification des utilisateurs entraînant la perte de données et la possibilité de doublons.
Suisse- Genève						

²⁹ Réfère à des services sociaux et de santé utilisés par les personnes ayant participé aux études sur les effets des SIS.

³⁰ Sont regroupés dans cette colonne divers types de commentaires. Certains sont des appréciations de la validité et de la fiabilité des recherches (auquel cas les catégories sont : **fiabilité, validité conceptuelle, validité interne, validité externe**. D'autres commentaires apportent des **précisions** ou portent sur l'identification de **pistes** de recherche intéressantes concernant les effets des SIS. Enfin, certains indiquent des limites observées dans les recherches.

♠ = Association maintenue en analyse multivariée.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Collecte 2002		But de l'étude Décrire les patrons d'utilisation du site Étude descriptive	injections et jours d'injections (peu et moyen) / haut pourcentage inj. cocaïne <u>Type 2</u> : 13 % clients Inj. héroïne - peu d'injections et de jours d'injections / peu d'inj. cocaïne <u>Type 3</u> : 4 % réguliers cocaïne - haut niveau inj. plusieurs jours d'injections et un haut % d'inj. de cocaïne	principal lieu d'injection pour la plupart des consommateurs de drogue.		Précisions Il semble que le nombre moyen d'injections et de jours de fréquentation du site par utilisateur sur la période étudiée est bas compte tenu du fait que la cocaïne est la principale substance injectée.
Fast <i>et al.</i> (2008) ^[135]	50	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Âge médian - 38 ans (étendue 25 – 60)	Les participants ont signalé un manque d'information sur l'injection sécuritaire avant leur inscription à Insite.	Information non disponible	Fiabilité La recherche repose sur des perceptions d'expériences par les usagers et est sujette au biais de désirabilité sociale.
Canada – Vancouver		But de l'étude Documenter les expériences d'enseignement à l'injection sécuritaire chez les participants	21 femmes 28 hommes	Le SIS a été identifié comme un lieu d'assistance pour l'enseignement de l'injection à risques réduits. La présence des professionnels et la répétition des messages au moment de l'injection est un stimulus important pour le changement de comportement. Les changements de comportement se prolongent dans la communauté.		Pistes L'analyse des perceptions des professionnels dispensant l'éducation serait intéressante.
Collecte Nov. 2005 – Fév. 2006		Étude qualitative Guide d'entrevue thématique				
Kimber J. <i>et al.</i> (2008) ^[151]	3715	Échantillon Cohorte d'utilisateurs du MSIC (Medically Supervised Injecting Centre)	75 % Hommes 58 % VHC positifs	Sur l'ensemble des clients référés pour traitement (n=197) : 73 % : Héroïne comme principale drogue injectée	Référence <u>Facteurs associés</u> Traitement de la dépendance Usage fréquent du MSIC Héroïne comme principale drogue inj.	Limites Absence de groupe contrôle. Les indicateurs de références pour les UDI rendent impossible la comparaison entre les clients du MSIC vs les clients d'autres services à bas seuil.
Australie-Sydney	(197) référés pour traitement de la dépendance	But de l'étude Examiner le processus et les prédicteurs de référence en traitement chez les utilisateurs du MSIC	1385 références verbales et écrites pour 577 clients 16 % de la clientèle 24/1000 visites	60 % : Injection quotidienne 50 % : Injection dans un lieu public 15 % : Injection en piquerie 10 % : Surdose récente 81 % : Usage fréquent du MSIC	Entrée en traitement <u>Facteurs favorables</u> Travail du sexe récent Injection quotidienne <u>Facteurs défavorables</u> Problème de santé mentale	Les références écrites ont été considérées comme les meilleurs indicateurs du contact pour l'entrée en traitement alors que les
Collecte Mai 2001 – Oct. 2002		Enquête sur l'utilisation des services du réseau				

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
					Automutilation	références verbales constituent plus de la moitié des références faites au MSIC.
Marshall <i>et al.</i> (2008) ^[136]	794	Échantillon Usagers de Insite	6 mois précédant l'entrée 73 % au moins un partenaire régulier	<u>Usage condom/partenaires à l'entrée – au suivi 1</u> Régulier : 25,3 % - 32,9 % Occasionnel : 62 % - 70 % <u>Prédicteurs</u> <u>Partenaire régulier</u> Être séropositif S'injecter avec le partenaire Être en traitement de la dépendance <u>Partenaire occasionnel</u> Être séropositif Prêt de seringue	Information non disponible	Fiabilité et validité externe Réponses socialement désirables possibles. Variables sur les comportements sexuels difficiles à interpréter et à étendre à d'autres situations. La notion d'orientation sexuelle employée est discutable.
Canada-Vancouver		Mesure à l'entrée et au suivi 1 (2 ans plus tard)	61 % au moins 1 partenaire occasionnel			
		But de l'étude Examiner les patrons d'utilisation du condom et les prédicteurs de l'usage. Étude prospective				
Milloy <i>et al.</i> (2008) ^[117]	902	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI – 2 collectes par an 2237 observations Médiane de 3 visites par participant	Âge médian - 41 ans 28 % femmes 59 % déjà incarcérés depuis le début de l'injection 47 % durant la période	3 % injection en prison durant la période de suivi <u>Facteurs associés avec une incarcération récente (AOR)</u> Inj. fréquente d'héroïne (1,32) Inj. en public (1,63) Partage de seringues (1,40) <u>Incarcération variable dépendante (AOR)</u> VIH (1,64) VHC (1,94)	<u>Facteurs associés avec une incarcération récente (AOR)</u> Instabilité résidentielle (1,92) Vivre dans le quartier Down Town East Side (1,42) Trafic de drogues (1,61)	Précisions Les auteurs proposent une étude exploratoire à partir des utilisateurs de Insite pour mesurer l'importance de la variable incarcération dans les facteurs de risque. Pistes Les déterminants externes de l'augmentation des risques chez les personnes incarcérées pourraient faire l'objet de recherche.
Canada-Vancouver						
Collecte Juil. 2004 – Juin 2006		But de l'étude Examiner la prévalence et les facteurs corrélés à l'incarcération méthode du GEE Étude prospective				
Milloy <i>et al.</i> (2008) ^[124]	1090	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Âge médian - 38 ans 29 % femmes 19 % Autochtones	58,5 % rapportent une surdose à vie 6 mois avant l'ouverture de Insite Entre 8 et 12 % au premier suivi = stable <u>Surdoses non fatales associées positivement</u> usage quotidien d'héroïne besoin d'aide pour l'injection avoir été victime d'abus usage de drogues en public	Information non disponible	Précisions Il est surprenant que le taux de surdoses non létales ne diminue pas. Les auteurs spéculent que la recherche n'a pas montré d'effets bénéfiques parce que clientèle de Insite a généralement des comportements « plus à
Canada-Vancouver						
Collecte Déc. 2003 – Mars 2005		But de l'étude Déterminer les effets de l'ouverture de Insite sur la fréquence des surdoses des usagers du SIS Étude prospective				

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
		Description à l'entrée dans la cohorte		travail du sexe mandats d'arrestation limitant l'usage du site <u>Surdoses non fatales associées négativement:</u> Être en traitement à la méthadone (facteur de protection) Pas d'association entre l'usage fréquent de Insite et les surdoses non létales en analyse multivariée		risque » et que le temps d'attente pour accéder à la salle d'injection pousse assez fréquemment les personnes UDI qui auraient souhaité l'utiliser à s'injecter en public.
Milloy M-J.S. <i>et al.</i> (2008) ^[122] Canada- Vancouver	1004 surdoses	Échantillon Les surdoses potentiellement mortelles à Insite But de l'étude Estimer le nombre de décès liés des surdoses mortelles évités chez les utilisateurs de Insite Simulation	766 486 injections 1004 surdoses dont 453 potentiellement mortelles Pas d'information disponible sur les caractéristiques des sujets	<u>Substance injectée lors des surdoses</u> 68 % héroïne 17 % cocaïne Aucune surdose survenue au site n'a été mortelle. Simulation basée sur le ratio local des surdoses, les surdoses potentiellement fatales survenues au SIS et qui ont été évitées auraient pu résulter en 8 à 51 décès	Information non disponible	Validité interne La recherche peut avoir sous-évalué le nombre de surdoses évitées, car le fait même de venir à Insite peut avoir diminué les probabilités que des surdoses surviennent.
Richardson <i>et al.</i> (2008) ^[155] Canada-Vancouver	1090	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Déterminer si l'utilisation du SIS a un impact sur les taux d'employabilité des utilisateurs Étude prospective	Âge médian - 38 ans 29 % femmes 19 % Autochtones	Information non disponible	<u>Facteurs associés à l'employabilité</u> Positifs Consommation de type « binge » uniquement Neutre Utilisation du SIS n'a pas d'effet négatif sur la recherche d'emploi Négatif Femme, autochtone, scolarité basse, instabilité résidentielle, travail du sexe, injection quotidienne d'héroïne	Fiabilité La recherche repose sur les perceptions et les expériences auto- rapportées par les usagers et est sujette à des réponses socialement désirables. Validité conceptuelle La variable « employabilité » est définie de manière large (avoir eu un emploi régulier ou temporaire dans les derniers 6 mois), ce qui ne permet pas d'analyser les

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Wood <i>et al.</i> (2008) ^[134]	1087	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Âge médian à l'entrée - 38,5 ans	<u>Facteurs associés avec le fait de recevoir l'enseignement à l'entrée – au suivi 1</u> OR 1,39 être une femme ^φ OR 1,39 difficulté à se procurer des seringues	À l'entrée : 35 % ont reçu de l'enseignement par le personnel infirmier sur l'injection sécuritaire Suivi 1 : 13 % ont reçu de l'enseignement sur l'injection sécuritaire Interventions : Aide pour trouver la veine Chauffer et filtrer la drogue S'injecter de façon sécuritaire Information promotion – santé	patrons d'employabilité de façon très précise. Limites Impossibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des utilisateurs de Insite.
Canada – Vancouver		But de l'étude Caractériser les pratiques des participants à l'entrée dans l'étude et les comparer lors du premier suivi	29 % de femmes 19 % Autochtones	OR 1,52 s'injecter en public OR 1,46 emprunt OR 1,37 prêt de seringues OR 1,78 besoin d'aide pour s'injecter ^φ OR 1,56 consommation de type « binge » ^φ OR 1,36 inscrit en traitement OR 1,63 travail du sexe OR 1,41 utiliser le SIS ≥75 % et plus de ses injections ^φ		Validité conceptuelle Les variables choisies permettent de bien cerner les bonnes pratiques d'injection à adopter. Fiabilité Le biais de rappel est extrêmement variable et rend les résultats difficiles à interpréter.
Collecte Mars 2004 – Mars 2005		Étude prospective <u>Variables de contrôle</u> Chauffer, filtrer, nettoyer le site cutané avant l'injection, utiliser de l'eau stérile, le garrot, vérifier la position de l'aiguille et faire son injection soi-même	Les participants qui reçoivent de l'information sont plus souvent : des femmes, ceux qui ont besoin d'assistance pour l'injection, ceux qui ont une consommation de type « binge », ceux qui font la majorité de leurs injections au site			Précisions La proportion des participants qui rapportent avoir reçu de l'enseignement demeure faible.
Kerr <i>et al.</i> (2007) ^[116]	1065	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Âge médian - 39 ans 29 % femmes	1 ^{re} injection : Âge moyen 16 ans 20 % avec une seringue usagée 75 % faite par quelqu'un d'autre	Information non disponible	Fiabilité Réponses socialement désirables possibles. Par contre, toute la section sur l'initiation à l'injection ne faisait pas référence au SIS assurant ainsi une plus grande fiabilité.
Canada-Vancouver		But de l'étude Documenter l'initiation à l'injection afin de déterminer la probabilité que des participants s'initient à l'injection au SIS Étude descriptive		Un seul participant rapporte s'être initié au SIS. 14 participants ont débuté leur consommation depuis l'ouverture du SIS, mais ne rapportent pas avoir fait leur 1 ^{re} injection au SIS.		
Kerr <i>et al.</i> (2007) ^[123]	50	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Âgés (étendue 25 - 60 ans) 42 % femmes	<u>Appréciation des usagers</u> Réponse rapide et efficace lors des surdoses	Information non disponible	Fiabilité Réponses socialement désirables possibles.

^φ = Association maintenue en analyse multivariée.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Canada-Vancouver Collecte Nov. 2005 – Fév. 2006		Sous-échantillon (sur la base du sexe, de l'âge, de l'ethnicité et des drogues consommées) But de l'étude Décrire le déroulement des surdoses et déterminer comment l'utilisation du SIS agit sur les facteurs de risque Étude qualitative (entrevues semi-structurées)		Alternative à l'injection en public réduisant la nécessité de précipiter l'injection Pouvoir s'injecter sous supervision Ne pas être obligé d'aller en piquerie et risquer d'être pillé lorsqu'intoxiqué <u>Limites rapportées</u> Les procédures et règles qui découragent l'utilisation du site (temps d'attente, nombre d'injections permises dans un temps donné) Le plaisir de consommation interrompu par des interventions médicales		Piste Les auteurs notent une limite des SIS pour la réduction de surdoses. Comme le SIS ne répondent pas aux désirs d'intoxication importante les personnes qui recherchent une plus forte intoxication ne se rendraient pas au SIS pour s'injecter.
McKnight <i>et al.</i> (2007) ^[143] Canada-Vancouver Collecte Juin 2004 – Juil. 2005	714	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI (FU 2) But de l'étude Évaluer la prévalence et les facteurs associés à l'injection en public Étude comparative Sujets qui s'injectent en public (30 % des injections en public – 6 mois) versus ceux qui ne s'injectent pas en public	Âge médian - 39 ans 29 % femmes 19 % Autochtones 21 % VIH positif	<u>S'injectent en public – ne s'injectent pas en public</u> 10 % - 3 % : Empruntent des seringues 14 % - 2 % : Prêtent des seringues 30 % - 15 % : Requièrent de l'assistance pour s'injecter <u>Usage quotidien</u> 29 % - 20 % : Cocaïne 52 % - 24 % : Héroïne 9 % - 4 % : Crack <u>Facteurs associés à l'injection en public :</u> Être sans-abri Prêt de seringue Assistance pour s'injecter	Utilisation du SIS affectée par les délais d'attente pour avoir accès à une place	Fiabilité L'injection en public est perçue comme un comportement socialement indésirable, il peut avoir été sous-rapporté. Validité externe Les résultats ne peuvent être généralisés aux utilisateurs d'autres SIS.
Petrar S. <i>et al.</i> (2007) ^[138] Canada-Vancouver Collecte Déc. 2003 –	1082	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI (à l'entrée dans la cohorte) But de l'étude Évaluer l'expérience et les	Âge médian - 38 ans 28 % femmes 17 % VIH positif Usage quotidien 32 % - Cocaïne	75 % ont modifié leurs pratiques d'injection. 80 % s'injectent moins de façon précipitée. 71 % s'injectent moins dans des lieux publics extérieurs. 56 % jettent moins leurs	<u>Trois recommandations</u> 53 % Augmenter les heures d'ouverture 51 % Ajouter une salle de bain 46 % Diminuer le temps d'attente	Fiabilité Réponses socialement désirables possibles.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Sept. 2005		croyances des participants Étude descriptive	51 % - Héroïne 4 % - Crystal meth.	déchets/endroits inappropriés. 60 % trouvent plus facilement une veine. 54 % utilisent de l'eau stérile. 49 % nettoient le site d'inj. 37 % réutilisent moins leur seringue. 13 % n'ont plus besoin d'aide pour s'injecter.		
Salmon <i>et al.</i> (2007) ^[125] Australie-Sydney Collecte 1998 – 2006	1485	Échantillon Tous les transports en ambulance survenus durant les heures d'ouverture du MSIC But de l'étude Évaluer l'impact du MSIC sur le recours aux ambulances pour les surdoses reliées aux opioïdes Mesure avant après	Les sujets proviennent des environs du MSIC	56 % des surdoses surviennent dans les environs du MSIC. 44 % plus loin Ouverture du MSIC Surdoses Avant – Après Près du MSIC 17/mois – 4/mois Baisse de 80 % Plus loin 9/mois – 5/mois Baisse de 45 %	Information non disponible	Précisions Le quartier du MSIC est le plus fréquenté par les personnes s'injectant des drogues : donc bonne localisation du SIS. Limites Les surdoses ne sont pas constantes, car elles dépendent beaucoup du produit. Malgré cette limite, les surdoses nécessitant un transport en ambulance constituent un bon indicateur à jumeler avec d'autres informations.
Small <i>et al.</i> (2007) ^[131] Canada-Vancouver Collecte Nov. 2005 – Fév. 2006	50	Échantillon : 5 pâtés de maisons du Down Town East Side Participants à la cohorte SEOSI Buts de l'étude : Cartographie des pratiques d'injection en public et description analytique des façons dont l'environnement social et physique influence les pratiques d'injection, les risques et les méfaits liés à ces pratiques	Âge - 25 à 60 ans 21 femmes 28 hommes 1 transgenre différents niveaux d'utilisation du SIS	S'injectent le plus souvent dans les alcôves des ruelles pour être à l'abri des regards : Risque de ne pas être assisté en cas de surdose Les alcôves servent de toilettes publiques – risque plus élevé d'infection cutanée Les ruelles sont des lieux très policés et fréquentés par des agresseurs potentiels Seuls lieux pour préparer l'injection - le dessus des conteneurs à déchets	Information non disponible	Fiabilité Les auteurs concluent aux effets positifs du SIS comme médiateur des risques inhérents aux contextes social et physique de l'injection en public. Les résultats présentés ne révèlent rien des façons dont les personnes UDI utilisent le SIS et supportent indirectement ces conclusions. Piste Il serait intéressant de

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
		Étude qualitative Entrevues semi-dirigées				comprendre comment les personnes UDI qui se servent du SIS arrivent à diminuer certains risques dans l'ensemble de leurs consommations.
Stoltz <i>et al.</i> (2007) ^[137] Canada-Vancouver	760	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	<u>Utilisation du SIS fréquente - non fréquente</u> Âge médian 39 ans vs 40 ans	<u>Utilisation du SIS fréquente - non fréquente</u> Usage quotidien de cocaïne 26 % vs 25 % Usage quotidien d'héroïne 47 % vs 30 % Emprunt de seringue 5 % vs 6 % Prêt de seringue 6 % vs 9 %	Information non disponible	Validité conceptuelle La proportion de personnes qui rapporte avoir changé leurs pratiques n'est pas précisée.
Collecte 2004-2005		But de l'étude Déterminer si la fréquentation du SIS a une incidence sur les pratiques d'injection.	Femmes 30 % vs 29 % Autochtones 20 % vs 19 % Travail du sexe 18 % vs 12 %	<u>Utilisation plus constante du site et changement dans les pratiques d'injection</u> Moins de réutilisation de seringues Utilisation d'eau stérilisée Nettoyage des sites cutanés d'injection Chauffe et/ou filtre les drogues Injections moins précipitées Utilisation du garrot Récupération des seringues de manière sécuritaire Diminution des injections en public.		Validité interne Les effets positifs observés sont peu ou pas expliqués.
Stoltz <i>et al.</i> (2007) ^[115] Canada-Vancouver	135	Échantillon Participants à la cohorte VIDUS	<u>Utilisation quotidienne du SIS vs non-utilisation</u> Femmes 36 % - 25 % Autochtones 27 % - 19 % :	<u>Utilisation quotidienne du SIS vs non-utilisation</u> Inj. quotidienne d'héroïne 30 % - 15 % Inj. quotidienne de cocaïne 14 % - 7 % Inj. publique 41 % - 24 % Prêt de seringue 9 % - 74 % Travail du sexe 24 % - 16 % Incarcération 23 % - 8 %	<u>Facteurs associés à la fréquentation du site</u> chez les UDIs de 29 ans et moins en comparaison à ceux qui ne l'utilisent pas Usage quotidien d'héroïne Surdose Consommation de type	Précisions L'analyse multivariée a été exclue en raison de la forte colinéarité entre des variables indépendantes telles que l'itinérance, l'injection en public, l'injection quotidienne d'héroïne et les surdoses.
Collecte Déc. 2003 – Mai 2005		But de l'étude Examiner les caractéristiques des jeunes UDI (29 ans et moins) utilisant Insite				
		Étude prospective				

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
				Itinérance 22 % - 4 % Consommation de type « binge » 25 % - 11 % Assistance à l'injection 17 % - 9 % Prêt de seringues 9 % - 74 % Surdose 16 % - 6 %	« binge » Prêt de seringues Incarcération Itinérance	Fiabilité Des comportements socialement indésirables comme le partage de seringues peuvent avoir été sous-rapportés. Pistes Les raisons de la fréquentation ou de la non- fréquentation du site sont inconnues.
Wood <i>et al.</i> (2007) ^[146] Canada-Vancouver Collecte Déc. 2003 – Mars 2005	1031	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Étudier les patrons d'utilisation des services en traitement de la dépendance et ses impacts sur les usagers du SIS participant à la cohorte SEOSI Désintoxication = premier point de contact avec les traitements en dépendance Étude pré-post 1 an avant l'ouverture du SIS et 1 an après l'ouverture du SIS	Âge médian - 39 ans 29 % femmes 27 % Autochtones	Information non disponible	<u>Traitement - dépendance</u> 22 % : Avant l'ouverture du SIS 31 % : Après l'ouverture du SIS <u>Association significative</u> entre utilisations du SIS et : 1) Entrée en désintoxication et utilisation de méthadone et autres formes de traitement 2) Baisse de fréquentation du SIS après l'entrée en traitement - dépendance Avant Tx 24 visites/mois. Après Tx.19 visites/mois 3) Augmentation des entrées en désintoxication	Précisions Suggère que le SIS doit être accompagné d'un service de référence aux services de désintoxication et de traitement de la dépendance.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Kerr <i>et al.</i> (2006) ³¹ [121]	1046	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI	Information non disponible	336 surdoses (1,33 par 1000 injections) Aucun décès - aucun état végétatif permanent	Information non disponible	Fiabilité Incidence de surdoses à l'intérieur d'un écart-type pour d'autres SIS, mais nettement plus bas que pour certains autres SIS. Les auteurs estiment que c'est peut-être en raison de différences dans la codification par le personnel et de différences de patrons de consommation dans différentes villes.
Canada- Vancouver		But de l'étude Mesurer l'incidence des surdoses et les caractériser (interventions effectuées par le personnel et caractéristiques des individus)		Indicateur le plus commun de surdose Respiration ralentie (60 %) Administration d'oxygène (87 %) Appel d'ambulance (39 %) Administration de Narcan® (27 %)		Validité interne Le nombre mensuel de surdoses varie beaucoup. Les auteurs spéculent que c'est probablement en raison des changements dans l'offre et la qualité des drogues (particulièrement l'héroïne) sur le marché.
Collecte Mars 2004 – Août 2005		Étude descriptive		285 utilisateurs différents ont eu une surdose. Seulement 8 % ont résulté en transfert vers l'hôpital. Produit impliqué - Héroïne 70 % - opiacés 88 % - stimulants 1 sur 3. Facteurs associés à une surdose moins d'années d'injection [♠] être une femme usage quotidien d'héroïne [♠] consommation de type « binge » avoir déjà fait une surdose [♠] travail du sexe		
Kerr <i>et al.</i> (2006) ³¹ [133]	871	Échantillon Participants à la cohorte VIDUS	Période 1 - période 2 Âge médian 35 ans - 34 ans	Période 1 - période 2 Aucun changement significatif pour Arrêt d'injection 17 % - 15 %	Période 1 - période 2 Aucun changement significatif pour les rechutes 17 % - 20 %	Validité interne Il n'y a pas, à notre connaissance, de lien scientifiquement établi ou soupçonné entre les
Canada-Vancouver		But de l'étude	Femmes	Arrêt de consommation type		

³¹ La version publiée de cet article contient une erreur qui a été introduite entre le moment où le manuscrit a été soumis et celui où il a été publié. Comme nous avons accès à la version originale soumise par les auteurs, les données de cette version ont été considérées. Précisément, l'erreur de l'éditeur est d'avoir transformé un passage qui précisait le nombre de transferts en ambulance vers l'hôpital à la suite d'une surdose à en pourcentage. Ainsi, le texte soumis par les auteurs se lit : « Twenty-eight (8%) overdoses resulted in a transfer to hospital » (p.8 de la version soumise). Le texte publié se lit : « Twenty-eight percent overdoses resulted in a transfer to hospital » (p.438, version publiée). Il est à noter que le tableau présentant les nombres bruts (dans la version publiée comme dans la version soumise) est cohérent avec le chiffre de 28 événements, représentant précisément 8 % des événements de surdose enregistrés à Insite, tel que le précise la version soumise. L'auteur principal nous a confirmé que la version soumise était la bonne.

[♠] = Association maintenue en analyse multivariée.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Collecte 2002-2003 (période 1) 2003-2004 (période 2)		Déterminer si Insite a pour effet d'augmenter la consommation de drogues chez les UDI Étude pré-post Données recueillies avant l'implantation du site et après	39 % - 41 % Autochtones 31 % - 32 %	« binge » 58 % - 63 % Arrêt du crack fumé 12 % - 14 % Début du crack fumé 24 % - 29 % Une baisse > 5 % des rechutes en consommation de type « binge » (de 13 % à 8 %)	Amorce de la méthadone 11 % - 7 % Arrêt de la méthadone 13 % - 11 %	services de réduction des méfaits et les indicateurs mesurés. Ainsi, il semble hasardeux de lier les effets négatifs (début de fumer du crack) comme positif (baisse des rechutes de consommation de type « binge » à l'ouverture du SIS. Les auteurs soulignent d'ailleurs eux-mêmes l'absence probable de lien entre l'ouverture du site et le fait de fumer du crack, mais il faut aussi ajouter l'absence probable de lien entre l'ouverture du site et la baisse des rechutes.
Tyndall <i>et al.</i> (2006) ^[147] Canada-Vancouver Collecte Mars 2004 – Avril 2005	4764	Échantillon Tous les usagers de Insite But de l'étude Évaluer la fréquentation du site, les caractéristiques des usagers, les patrons d'usages de drogues et les références effectuées. Étude descriptive	23 % femmes 18 % Autochtones	Héroïne : 47 % des injections Cocaïne : 37 % des injections 273 cas de surdoses – aucun décès Les produits consommés à Insite correspondent à ce qui se retrouve dans les environ du SIS. Même si la fréquentation est élevée, la majorité des utilisateurs ne font pas un usage très régulier du site. Importance de capter les injecteurs de cocaïne en raison des risques élevés pour le VIH et le VHC	2171 références à des services externes, dont 37 % vers les intervenants en toxicomanie Limite de la capacité d'accueil (nombre de places disponibles) limite le nombre de nouvelles personnes qui pourraient utiliser le service.	Fiabilité Comme la capacité d'accueil ne permet pas de répondre à la demande, l'analyse porte sur ceux qui ont pu accéder au SIS. Aussi, ce sont des données sur les visites d'usagers. Le code utilisé par l'utilisateur peut varier (oubli du code ou changement volontaire de code) et introduire des doublons.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Tyndall <i>et al.</i> (2006) ^[130] Canada-Vancouver Collecte 2004-2005	1035	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Mesurer la prévalence du VIH et des facteurs associés chez les usagers du SIS à l'entrée dans la cohorte Étude de prévalence et facteurs associés	17 % prévalence du VIH	<u>Facteurs associés au statut VIH</u> OR 2,38 Autochtones ^φ OR 1,5 Injection quotidienne de cocaïne ^φ OR 2,13 Emprunts de seringues ^φ OR 1,56 Traitement de la dépendance OR 1,57 Programme de méthadone OR 2,04 Histoires d'incarcération ^φ	Information non disponible	Fiabilité Les résultats sont compatibles avec ce qui a déjà été observé dans la population des UDI de Vancouver. La sélection des sujets se fait au hasard dans la cohorte SEOSI, ce qui ajoute à l'effort de sélection au hasard. Par contre, ça n'exclut pas le fait que les volontaires puissent avoir des caractéristiques particulières.
Wood E. <i>et al.</i> (2006) ^[60] Canada-Vancouver Collecte Déc. 2003 – Juin 2004	713	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Décrire les caractéristiques des répondants à l'entrée dans la cohorte Étude descriptive Seules les données pour les utilisateurs quotidiens sont présentées dans ce tableau.	Âge médian Usage quotidien 38 ans Occasionnels 40 ans 30 % femmes 19 % Autochtones 43 % utilisent le SIS chaque jour. 16 % VIH positif 88 % VHC positif	<u>Usage quotidien du SIS</u> 41 % cocaïne quotidiennement 67 % héroïne quotidiennement <u>Dans les 6 derniers mois</u> 14 % emprunt de ser. 6 mois. 23 % emprunt mat. 6 mois. 59 % déjà eu une consommation de type « binge » <u>À vie</u> 14 % : injection en public 79 % déjà eu besoin d'assistance pour s'injecter 90 % déjà allé en piquerie	L'utilisation du site est associée positivement au fait d'être sans domicile fixe. 15 % sont aussi en traitement à la méthadone contre 27 % pour les utilisateurs occasionnels	Validité externe La transversalité de l'étude ne permet pas d'extrapoler les résultats. Précisions Un suivi longitudinal de la cohorte permettra d'examiner l'incidence des infections transmissibles par le sang.
Wood <i>et al.</i> (2006) ^[114] Canada-Vancouver Collecte Déc. 2003 –	1031	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Mesurer l'effet de l'utilisation de Insite sur l'entrée dans un	Âge médian - 39 ans 29 % femmes	58 % utilisent le site hebdomadairement.	18 % ont débuté un programme de désintoxication au moment du suivi. <u>Prédicteurs de l'entrée en traitement</u>	Validité conceptuelle Les auteurs concluent que l'utilisation de Insite ne réduit probablement pas utilisation des services de traitement. Cette recherche ne permet pas de tirer cette

^φ = Association maintenue en analyse multivariée.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Mars 2005		programme de désintoxication Étude descriptive			Fréquentation du site au moins une fois/semaine Contact avec le conseiller en dépendance de Insite	conclusion puisqu'il n'y a pas de mesure avant/après ou de groupe contrôle. Permet simplement de constater la proportion de ceux qui ont débuté un programme de désintoxication au moment du suivi.
Wood <i>et al.</i> (2006) ^[142] Canada-Vancouver Collecte Oct. 2002 – Sept. 2003 Oct. 2003 – Oct. 2004 ³²	Bases de données sur les activités criminelles	Données Statistiques policières pour trafic de drogues, voie de fait et vol et forcer/voler des voitures But de l'étude Analyser les types d'activités criminelles dans les environs du Down Town East Side depuis l'ouverture du SIS Étude comparative Avant et après l'ouverture du SIS			Avant – Après Aucune différence significative pour Trafic de drogues Voie de fait et vol Une diminution pour forcer/voler des voitures	Fiabilité Les auteurs soulignent que les statistiques sur la criminalité sont souvent le reflet de l'intensité des activités policières. Précisions La comparaison entre les deux périodes ne montre pas d'intensification de la criminalité.
Freeman <i>et al.</i> (2005) ^[141] Australie-Sydney Janv. 1999 – Sept. 2002	Bases de données sur les activités criminelles	Échantillon Informateurs clés But de l'étude Mesure les effets de l'ouverture du SIS sur la criminalité Analyse de séries temporelles sur la criminalité Analyse qualitative Entrevues semi-dirigées et focus groupe	Pour les entrevues Résider, travailler ou fréquenter un établissement près du MSIC Intervenants en lien avec les programmes sociaux Ambulanciers Employés municipaux Policiers Commerçants/employés Personnes UDI	Associé à l'ouverture du SIS Tendance à la baisse dans les délits et les cambriolages Pas d'effet sur le « flânage » et les activités illicites liées à la drogue Pas d'effet ni positif ni négatif sur la possession et l'usage de drogues Les informateurs clés notent des attroupements plus importants lors des entrevues du 6 ^e mois.	Information non disponible	Validité conceptuelle Les chercheurs ont utilisé plusieurs indicateurs et recherché une validité statistique pour évaluer les effets du SIS sur la criminalité. Tout porte à croire qu'un problème d'approvisionnement en héroïne survenu 4 mois avant l'ouverture du SIS ait changé les patrons de consommation puisque la cocaïne a remplacé l'héroïne.

³² Dans l'article il est mentionné 2003 à 2005 comme période d'observation. Après vérification avec les auteurs, la période effective est entre octobre 2002 et octobre 2004.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Kerr <i>et al.</i> (2005) ^[128] Canada-Vancouver	431	Échantillon Participants à la cohorte VIDUS But de l'étude Évaluer les facteurs associés au partage de seringues dans les mois suivants l'ouverture du SIS Étude de prévalence et facteurs associés Analyse comparative	21 % Utilisateurs du SIS	11 % partage de seringues durant la période à l'étude <u>Facteurs associés (+) avec le partage de seringues</u> OR 2,94 Besoin d'aide pour s'injecter OR 2,04 « Binge use » OR 1,72 Inj. fréquente héroïne OR 1,7 Inj. fréquente cocaïne <u>Facteurs associés (-) avec le partage de seringues ou effet protecteur</u> OR 0,95 Être plus jeune OR 0,39 Utiliser le SIS <u>Comparaison du partage avant et après l'ouverture du SIS – L'effet protecteur demeure pour la fréquentation du SIS.</u>	Information non disponible	Fiabilité Statistiques sur la criminalité peuvent être un portrait de l'intensité des activités policières. Validité externe Les données proviennent de la cohorte prospective VIDUS où les sujets entrent à différents moments et sont suivis quand ils se présentent. Cette approche comporte des limites clairement exposées par les auteurs qui ont utilisé des points de comparaison pour valider les résultats. Validité conceptuelle L'utilisation du prêt dans la définition du partage introduit un biais entourant le risque.
Wood <i>et al.</i> (2005) ^[129] Canada-Vancouver	594	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI (à l'entrée dans la cohorte) But de l'étude Examiner la prévalence et les facteurs associés au partage de seringue au sein de la cohorte Étude comparative En fonction du statut sérologique	17 % : VIH positif 81 % : VIH négatif	<u>Dans les 6 derniers mois</u> Participants séronégatifs - 10 % emprunt de seringue Participants séropositifs - 17 % prêt de seringue <u>Facteurs associés à l'emprunt de seringue (Séronégatifs) -</u> Usage de drogue en public Assistance pour s'injecter <u>Facteurs associés au prêt de seringue (Séropositifs) -</u> Usage quotidien de cocaïne Fréquentation de piqueries	Information non disponible	Précisions Les taux de partage de seringues chez les utilisateurs du site sont moins élevés que ceux observés dans l'ensemble de la communauté.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Wood <i>et al.</i> (2005) ^[120] Canada-Vancouver Collecte 2003-2004	874	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Évaluer la prévalence de l'éducation à l'injection sécuritaire (EIS) et le lien avec l'éducation reçue au SIS Étude de prévalence et facteurs associés	Âge médian - 40 ans 57 % hommes 32 % Autochtones 33 % ont reçu de l'EIS. 18 % Trouver sa veine/bien mettre le garrot 16 % Insérer la seringue proprement 26 % Recevoir de l'information que je ne connaissais pas déjà	<u>Facteurs associés</u> 15 ans d'injection vs. 17 ans (p=0,003), moins d'années d'injection OR 0,5 Homme (protecteur) OR 2,5 Besoin d'aide pour s'injecter (6 mois) OR 1,5 Usage compulsif « binge » (6 mois.) OR 2,0 Travail du sexe (6 mois)	Information non disponible	Validité conceptuelle Difficile de départager entre l'éducation reçue dans d'autres types d'intervention (programme d'accès aux seringues, intervention de rue, pairs). Aussi, les résultats demeurent préliminaires, comme le soulignent les auteurs.
Wood <i>et al.</i> (2005) ^[38] Canada-Vancouver Collecte 2003-2004	400	Échantillon Participants à la cohorte VIDUS But de l'étude Déterminer si Insite permet de rejoindre les personnes qui ont des pratiques à haut risque pour le VIH, le VHC et les surdoses Étude pré-post Questionnaire sur leurs comportements avant/après ouverture du site (suivi à court terme)	<u>Utilise le SIS – ne l'utilisent pas</u> Âge >29 ans 75 % vs 83 % Femmes 43 % vs 41 % VIH positif 30 % vs 33 % Travail du sexe 19 % vs 19 % Résidence non fixe 70 % vs 57 % Surdose récente 10 % vs 4 %	<u>Utilise le SIS – ne l'utilisent pas</u> Injection publique 54 % vs 31 % Emprunt de seringue 8 % vs 10 % Injection quotidienne de cocaïne 37 % vs 26 % Injection quotidienne d'héroïne 37 % vs 22 % Ceux qui initient l'utilisation du SIS sont plus sujets à : faire un usage quotidien de cocaïne; faire un usage quotidien d'héroïne; avoir fait une surdose récemment.	<u>Utilise le SIS – ne l'utilisent pas</u> En traitement méthadone 44 % vs 45 % Ceux qui initient l'utilisation du SIS sont plus souvent âgés de moins de 30 ans; s'injectent en public; sont sans-abri.	Pistes La compréhension des comportements des usagers pourrait être améliorée par des entrevues semi-dirigées.
Wood <i>et al.</i> (2005) ^[119] Canada-Vancouver Collecte 2003-2004	691	Échantillon Participants à la cohorte SEOSI But de l'étude Évaluer la prévalence du VHC et les facteurs associés chez les usagers de Insite	<u>VHC positif (88 %) - VHC négatif</u> Âge médian 40 ans - 34 ans Femmes 30 % - 22 % Autochtones 18 % - 14 % Travail du sexe	<u>VHC positif (88 %) - VHC négatif</u> Usage quotidien Cocaïne - 32 % - 34 % Héroïne - 48 % - 66 % Emprunt seringue 60 % - 40 % Fréquentation piquerie 89 % - 87 % Aide à l'injection 74 % - 71 %	<u>VHC positif (88 %) - VHC négatif</u> — En traitement méthadone 23 % - 11 % <u>Facteurs de risque - analyses bi-variées</u> Âge plus élevé	Précisions L'étude est une première mesure de la prévalence du VHC et des pratiques à risque au sein de la cohorte SEOSI. Des mesures ultérieures permettront de mesurer des tendances dans l'incidence du VHC et

† = Association maintenue en analyse multivariée.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
		Étude de prévalence	41 % - 24 % Expérience d'incarcération 83 % - 65 %	Facteurs de risque - analyses bi-variées Déjà emprunté des seringues ^φ Utilisation quotidienne d'héroïne (facteur de protection)	Être en traitement à la méthadone Déjà impliqué dans le commerce du sexe ^φ Antécédents d'incarcération ^φ	des pratiques à risque.
Wood <i>et al.</i> (2004) ^[139] Canada-Vancouver Collecte 6 semaines avant et 12 semaines après l'ouverture du SIS	504 visites d'usagers en 2 mois	But de l'étude Mesurer les effets de l'ouverture du SIS sur l'ordre public Indicateurs : nombre d'injecteurs et de trafiquants présumés dans le voisinage du SIS, de seringues et autres matériels jetés dans les lieux publics Étude comparative avant – après l'ouverture du site	Information non disponible	Indicateurs 6 sem. avant – 12 sem. après l'ouverture Nb. injecteurs en publics 4,3 – 2,4 (p = 0,022) Nb. seringues jetées 11,5 – 5,3 (p = 0,010) Autres rebus d'injection jetés 601,7 – 305,3 (p = 0,014) Présence de trafiquants présumés 45,2 – 40,7 (NS) Très forte corrélation entre les trois premiers indicateurs	Information non disponible	Validité conceptuelle La présence policière comme seul indicateur de changements dans les activités policières ayant pu avoir un effet sur le nombre d'injecteurs en public est probablement trompeuse lorsque les auteurs s'en servent pour conclure que les résultats sont indépendants des activités policières. Une autre recherche de ce groupe montre d'ailleurs que les policiers incitent activement les personnes s'injectant en public à utiliser le SIS.
Anoro <i>et al.</i> (2003) ^[63] Barcelone Espagne Juil. 2001 – Déc. 2002	1677 clients différents	Échantillon Des usagers du programme EVA ³³ But de l'étude Évaluer les avantages et les désavantages de ce programme Étude descriptive	Âge moyen - 31 ans 80 % hommes 65 % vivent dans la rue. 31 % séropositif au VIH 22 % hépatite B 70 % VHC + 15 % présentent des problèmes de santé chronique/santé mentale	377 cas de surdoses, dont 52 % avec arrêt respiratoire Aucun décès 80 % des surdoses traitées par les infirmières 20 % avec l'assistance du médecin et/ou du personnel non médical formé 9 % des cas ont nécessité l'intervention de l'ambulance. 12 % reliés à des réactions sévères à la cocaïne (anxiété, état de panique, arythmie, convulsion ou	65 % SDF 71 % sans carte de santé	Précisions Étude descriptive qui informe sur la mise en place des premiers SIS. Les auteurs signalent qu'il n'y avait pas eu d'évaluation formelle du SIS, mais présentent certaines statistiques entourant les surdoses qui n'ont par ailleurs pas été publiées.

³³ Espacio de Venopunction higiénica Assistida situé dans le secteur Can Tunis de Barcelone.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé symptômes neurologiques)	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Kerr <i>et al.</i> (2003) ^[57]	458	Échantillon Personnes UDI recrutées sur la rue (échantillonnage en boule de neige)	Âge médian - 40 ans 57 % hommes 32 % Autochtones	92 % Favorables à l'utilisation du SIS	Information non disponible	Précisions Étude réalisée avant l'implantation du SIS.
Canada-Vancouver Collecte Avril – Mai 2003		But de l'étude Connaître l'intérêt des personnes UDI à utiliser un SIS Enquête population	67 % s'injectent régulièrement dans des lieux publics.	Probabilité d'être favorable OR 3,9 S'injecter en public OR 2,1 S'injecter de l'héroïne OR 2,0 Travailleur du sexe		
Kimber <i>et al.</i> (2003) ^[112]	2696 usagers consécutifs	Échantillon Usagers du SIS de King Cross	Âge médian - 31 ans 71 % hommes	Drogue la plus fréquente 53 % Héroïne 23 % Cocaïne	56 % aide social comme principal revenu	Précisions Étude de type descriptif visant à assurer le suivi des visites des usagers du site.
Australie-Sydney Mai 2001 – Avril 2002		But de l'étude Caractéristiques des usagers des 12 premiers mois Étude descriptive	70 % sont revenus au SIS pour plus d'une visite. 25 % pour plus de 12 visites	Femme - Homme Injection quotidienne (1 ms.) 51 % - 41 % Travail du sexe 51 % - 41 % 45 % une surdose à l'héroïne à vie (13 % dans les 12 mois. précédant l'inscription au SIS)	Femme - Homme Travail du sexe (1 mois) 31 % - 2 % Incarcération (12 mois) 17 % - 27 % 66 % antécédents de traitement – dépendance 28 % dans la dernière année 45 % inscrits au programme de méthadone à bas seuil	Ce type d'étude ne permet pas de mesurer les effets ni l'impact du programme.
Van Beek <i>et al.</i> (2003) ^[68]	4719 clients sur 2 ans	Échantillon Usagers du SIS de King Cross	Information non disponible	Drogues consommées 67 % : Héroïne 22 % : Cocaïne	2748 services ont été dispensés au site 1800 références vers d'autres services	Précisions Étude de type descriptif permettant d'assurer le suivi des visites des usagers du site.
Australie-Sydney Mai 2001 – Avril 2003	927 individus par mois	But de l'étude Suivi des personnes qui fréquentent le SIS Étude descriptive		Surdoses (553) 81 % avec héroïne 22 % administration de naloxone (Narcan®) 6 % avec opioïdes 62 surdoses avec cocaïne Aucun accident fatal	44 % désintoxication 31 % première ligne	Ce type d'étude ne permet pas de mesurer les effets ni l'impact du programme.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Van der Poel <i>et al.</i> (2003) ^[79]	67	Sous-échantillon Enquête bisannuelle 213 répondants dont 67 avec une passe d'accès au SIS	Âge moyen - 36 ans Étendue (21-51 ans)	Âge moyen 1 ^{re} consommation d'héroïne : 20,9 ans	Sources de revenus - 61 % sécurité sociale 26 % emploi régulier	Précisions Cette étude compte parmi les premières à décrire certains des effets des SIS.
Hollande – Rotterdam		Échantillonnage en boule de neige dans un échantillon de participants à 4 SIS. Les 67 répondants représentent 15 % de l'ensemble des utilisateurs de SIS	67 % hommes 94 % utilisent une salle de consommation > 1/sem. (incluant 75 % d'utilisateurs quotidiens)	99 % héroïne au cours des 30 derniers jours dont 19 % principalement par injection		Certains des effets décrits (disposer de plus de temps, pouvoir se reposer davantage et faire plus attention à son hygiène) doivent se comprendre au moins en partie en fonction des services offerts par les salles de consommation étudiées. Elles offrent des espaces pour se reposer, pour prendre un café, une douche, et l'une d'elles sert aussi d'abri.
Collecte Sept. – Oct. 2000		But de l'étude Étude exploratoire sur les effets de la fréquentation du SIS Données : enquête, entrevue semi-dirigée et observation		<u>Effets auto-rapportés</u> 83 % utilisent moins de drogues en public. 67 % disposent de plus de temps et peuvent se reposer davantage. 59 % n'ont pas changé leur consommation de drogues. 49 % font plus attention à leur hygiène. 30 % font plus attention à leur condition physique. 14 % fument plus de drogues. 13 % font moins usage de drogues. 10 % fument moins de drogues. 3 % s'injectent moins souvent. 2 % s'injectent plus souvent.		Validité interne Sauf pour la moins grande utilisation de drogues en public, les auteurs n'expliquent pas le(s) rôle(s) que joueraient les salles de consommation dans les changements rapportés par rapport aux pratiques (fument plus ou moins de drogues; font moins usage de drogues; s'injectent plus ou moins souvent), alors il est difficile d'interpréter ces changements comme étant liés à la fréquentation du SIS.

Auteurs (an.) Pays – ville	N sujets	Type d'étude	Caractéristiques des sujets	Usage de drogues et pratiques d'injection /risques pour la santé	Insertion sociale, environnement et recours aux services ²⁹	Commentaires ³⁰
Zurhold <i>et al.</i> (2003) ^[80]	616 usagers et	Échantillon Usagers de 3 des 7 SIS Acteurs sociaux concernés par les SIS	Âge moyen - 33 ans 80 % hommes	Âge moyen 1 ^{re} consommation 20 – 21 ans	26 % SDF 11 % n'utilisent pas d'autres services du SIS.	Précisions Analyse compréhensive de la situation à partir de données descriptives et des perceptions des acteurs.
Allemagne – Hambourg	11 acteurs	But de l'étude Évaluer les effets de la mesure de réduction des méfaits et de la réduction des nuisances Quantitative et qualitative Le volet nuisance est documenté à partir des questionnaires (données auto- rapportées) et des entrevues (acteurs sociaux)	Trois groupes Utilise fréquemment* Utilise occasionnellement Utilise rarement	Drogue/dernier 24 heures 84 % Héroïne 74 % Cocaïne 69 % par injection 20 % ont partagé (derniers mois) Les visiteurs les plus assidus* 50 % Plus soucieux de la propreté entourant l'injection 40 % Consomment moins en public 34 % Précipitent moins leur injection	<u>Services utilisés*</u> 62 % assistent aux rencontres. 59 % échange de seringues 46 % counselling 37 % médicaux	Les observations indiquent que la fréquentation assidue des SIS entraîne une meilleure réponse à la réduction des méfaits liés à l'usage de drogue et une réduction des nuisances publiques. Par contre, il précise que chaque site est tributaire du contexte dans lequel il se développe.

* Les résultats des fréquents utilisateurs sont présentés dans ce tableau.

